



Université Paris Descartes

Ecole doctorale

Sciences juridiques, politiques, économiques et de gestion

Laboratoire d'éthique médicale et médecine légale

**Païement à la performance et soins primaires :
Étude des tensions éthiques liées à son introduction.**

Thèse de doctorat d'éthique médicale

Dirigée par Irène François-Purssell

Présentée et soutenue publiquement le 17 novembre 2014

Par Olivier Saint-Lary

Membres du jury

Pr Sophie Bédéan (Rapporteur)

Dr Virginie Halley des Fontaines (Rapporteur)

Pr Irène François-Purssell

Dr Nathalie Pelletier Fleury

Pr Pierre-Louis Druais

Pr Christian Hervé

REMERCIEMENTS

Au **Professeur Irène FRANÇOIS-PURSSELL**, directeur de thèse :

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

Chef de service de Médecine Légale, CHU de Dijon.

Vous avez accepté de diriger cette thèse, je vous remercie pour votre aide et vos conseils toujours avisés.

Au **Professeur Sophie BEJEAN**, rapporteur :

Professeur à l'Université de Bourgogne

Directrice du LEDi (Laboratoire d'Economie de Dijon, UMR 6307)

Présidente du Collège des Economistes de la Santé

Vous me faites l'honneur de vous intéresser à ce travail et de l'évaluer. Veuillez recevoir mes plus sincères remerciements.

Au Docteur Virginie HALLEY DES FONTAINES, rapporteur :

Maître de conférences à l'Université Pierre et Marie Curie

INSERM : U707 – Université Pierre et Marie Curie (UPMC) - Paris VI

Veillez recevoir tous mes remerciements pour avoir accepté de rapporter ce travail et ce, malgré des conditions de relative urgence. Je vous suis extrêmement reconnaissant.

Au **Docteur Nathalie PELLETIER-FLEURY**, rapporteur :

Médecin économiste

Directeur de recherche CERMES 3-INSERM U988

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Je vous remercie sincèrement de votre disponibilité et de votre aide.

Soyez assurée de mon amitié et de toute ma gratitude.

Au Professeur Pierre-Louis DRUAIS:

Professeur des Universités en médecine générale

Université Versailles Saint-Quentin en Yvelines

Président du Collège de la Médecine Générale

Vous me faites le grand plaisir de juger ce travail.

Soyez assuré de ma sincère reconnaissance, de mon amitié et de mon profond respect.

Au Professeur Christian HERVE,

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

Directeur du laboratoire d’Ethique médicale et médecine légale (EA 4569)

Université Paris Descartes, Centre Universitaire des Saints-Pères

Vous m’avez offert l’opportunité de travailler dans le champ de la recherche en éthique médicale au travers du master puis de la thèse.

Je vous remercie pour toute la richesse de vos enseignements.

Soyez assuré de ma sincère reconnaissance et de mon respect.

A Carine Franc, Jonathan Sicsic et Erik Bernard, pour toute l'aide que vous m'avez apportée tout au long de ce travail au travers de vos remarquables compétences et de votre grande bienveillance.

A l'ensemble des membres de l'équipe Prospere que je n'ai pas encore cité, à savoir Philippe Boisenault, Yann Bourgueil, Thomas Cartier, Pascal Clerc, Didier Duhot, Cécile Fournier, Nicolas Krucien, Philippe Le Fur, Marc Le Vaillant, Julien Mousques, Michel Naidich et Philippe Szidon pour leur aide et toute la richesse du partage d'expériences que nous avons pu avoir pendant quatre ans.

A l'ensemble des membres du département de médecine générale de l'UVSQ auprès de qui c'est un véritable plaisir de travailler.

Aux médecins enseignants de l'UVSQ avec qui j'ai eu la chance de travailler et en particulier à Thomas Hanslik pour sa grande bienveillance.

A l'ensemble des jeunes médecins dont j'ai eu le privilège de diriger la thèse : Lucile André, Houda Daghsen, Dorothée Denant, Cécile Dubourdieu, Fanny Laurent, Estelle Lhospital, Claire Leroux, Ikram Masrour, Florent Poirson et Samir Saidj. Ce fut une grande joie pour moi de vous accompagner, cette thèse est aussi le fruit de votre travail.

A Annie Le Meur, pour la richesse de nos échanges et l'apport de ses compétences juridiques.

Je tiens également à remercier toute l'équipe d'Ecogen, notamment son coordinateur le Pr Laurent Letrillart ainsi que le Pr Alain Mercier pour nous avoir permis d'utiliser ces données.

A l'ensemble des médecins et des patients interviewés qui ont eu la gentillesse de consacrer un peu de leur temps à ce travail.

A Dominique Soula pour son aide précieuse et sa disponibilité.

A mes parents

A Audrey, Daphné et Hugo.

"Je trouve que la médecine est le métier le meilleur de tous car, soit qu'on fasse bien ou soit qu'on fasse mal, on est toujours payé de la même sorte..."

Molière, Le médecin malgré lui, acte III, scène I

Table des matières

INTRODUCTION.....	15
I.1/ La naissance du paiement à la performance.....	15
I.1.1/ Le P4P, l'aboutissement d'une tentative de normalisation des pratiques ?	15
I.1.2/ Le mode de rémunération des médecins et ses éventuelles conséquences sur les pratiques médicales.	17
I.1.2.1/ Les différents systèmes de santé publique	18
I.1.2.1.1/ Les systèmes d'assurance maladie (ou Bismarckiens) :	19
I.1.2.1.2/ Les systèmes nationaux de santé (ou Beveridgiens):.....	19
I.1.2.1.3/ Les systèmes libéraux de santé	20
I.1.2.2/ Le paiement à l'acte	21
I.1.2.3/ La capitation.....	24
I.1.2.4/ Le salariat.....	25
I.1.2.5/ La rémunération mixte	27
I.1.3/ Développement du P4P au niveau international.	28
I.1.3.1/ Le P4P au Royaume-Uni : le QOF (Quality and Outcome Framework)	28
I.1.3.2/ Le P4P aux États-Unis	32
I.1.3.3/ Le P4P ailleurs dans le monde	33
I.2/ Le contexte français	34
I.2.1/ Rappel historique sur le mode de rémunération des médecins.	35
I.2.2/ Le conventionnement : l'intervention de l'Assurance Maladie dans la détermination des honoraires.(55)	37
I.2.3/ Le Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles.....	43
I.2.3.1/ Ses indicateurs	44
I.2.3.2/ Son taux d'adhésion : un relatif succès	45
I.2.3.3/ Ses résultats : une relative réussite ?	45
I.2.4 La nouvelle convention de 2011 : introduction de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP)	49
I.2.4.1 Ses indicateurs	49
I.2.4.2 Calcul de la rémunération:	50
I.2.4.2 Bilan de la ROSP deux an après sa mise en place:	51
I.2.4.2.1/Bilan financier.....	51
I.2.4.2.2/Bilan de l'évolution des indicateurs :	52
I.3/ Le paiement à la performance met-il en tension des principes d'ordre éthique ?.....	54
I.3.1/ Normes, médecine et rémunération	54

I.3.2/ Influence supposée du P4P sur les 4 principes de l'éthique médicale de Beauchamp et Childress.....	59
1.3.2.1 / Principe d'autonomie	60
1.3.2.2/ Principe de justice	61
1.3.2.3/ Principe de non-malfaisance	61
1.3.2.4/ Principe de bienfaisance.....	61
1.3.3/ Synthèse des données actuelles de la science quant à l'efficacité du P4P à générer une amélioration des pratiques.....	62
I.4/ OBJECTIF	65
I.5/ Description des différentes approches de la problématique.....	65
II/ ETUDE DES REPRESENTATIONS DES MEDECINS GENERALISTES QUANT A LA NOTION DE NORME MEDICALE :	68
II.1/ Méthode	69
II.1.1/ Type d'étude.....	69
II.1.2/ Recrutement des médecins généralistes.....	70
II.1.3/ Réalisation des entretiens	71
II.1.4/ Guide d'entretien (annexe 5).....	71
II.1.5/ Analyse des entretiens.	72
II.2/ Résultats.....	72
II.2.1/Profils des médecins interviewés.....	72
II.2.2/ Analyse thématique transversale des entretiens semi-dirigés.....	73
Un relatif consensus sur la notion de normes de pratiques médicales.....	73
Champs médicaux d'application des normes de pratiques.....	74
Les différentes sources des normes de pratiques médicales identifiées.	75
Les caractéristiques des normes scientifiques de pratiques médicales.....	78
Les normes médicales ont une validité scientifique qui leur confère un caractère légitime et nécessaire pour guider les pratiques.	80
Statut attribué aux normes scientifiques par les médecins	82
Influences des normes scientifiques sur les pratiques médicales.	83
Freins à l'application des normes scientifiques.	87
Ressenti des médecins quant au processus de normalisation actuel.....	91
Normes de pratiques médicales et considérations éthiques.....	94
Exigences concernant les normes de pratiques médicales.....	95
Le refus des normes de pratiques médicales revêtant un caractère obligatoire.....	97
Les normes de pratiques médicales promues par l'Assurance Maladie.....	99
Les mesures mises en place par l'Assurance Maladie pour inciter à suivre les normes	102

Le principe du paiement à la performance.	105
II.2.3/ Synthèse de l'analyse:	108
III/ LES RAISONS AYANT POUSSÉ LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES À NE PAS SIGNER UN CAPI.....	109
III.1/ Méthode.....	109
III.1.1/ Type d'étude.....	109
III.1.2/ Construction et description de l'outil	109
III.1.3/ Échantillonnage	110
III.1.4/ Analyses	110
III.2/ Résultats	112
III.2.1/ Caractéristiques de l'échantillon	112
III.2.2/ Description des résultats.....	113
III.2.2.1/ Questions fermées	113
III.2.2.1.1/ Analyse univariée	113
III.2.2.1.2/ Facteurs significativement associés à la non -adhésion au CAPI en analyse multivariée	116
III.2.2.2/ Questions ouvertes	118
III.3/ Synthèse des résultats.....	124
IV/ PAIEMENT À LA PERFORMANCE ET DURÉE DE CONSULTATION	125
IV.1/ Méthode	126
IV.1.1/ Recueil des données	126
IV.1.2/ Méthode statistique :	126
IV.2/ Résultats.....	128
IV.2.1/ Statistiques descriptives et uni-variées.....	128
IV.2.2/ Modèles multi-variés.....	131
IV.3/ Synthèse des résultats.....	137
V/ POINT DE VUE DES PATIENTS SUR LE PAIEMENT À LA PERFORMANCE.....	138
V.1/ Méthode.....	138
V.1.1/Le choix d'une étude qualitative	138
V.1.2/ Processus de recueil des données	139
V.1.3/ Rédaction des guides d'entretien.....	139
V.1.4/ Entretiens préliminaires.....	140
V.1.5/ Recrutement des patients	140
V.1.6/ Déroulement des entretiens	140
V.1.7/ Analyse des données	141

V.1.8/ Accord du comité de protection des personnes	142
V.2/ Résultats	142
V.2.1/ Période d'étude et profil des patients interrogés	142
V.2.2/Quelle connaissance les patients avaient-ils du P4P ?.....	143
V.2.3/ Un impact potentiellement positif attribué au P4P par les patients	145
Diminuer le volume de prescriptions en limitant les abus.....	145
Favoriser la prise en charge de toutes les catégories de patients	145
Améliorer la qualité des soins	145
Augmenter la durée de consultation	145
Améliorer le suivi.....	145
Améliorer la prévention.....	146
Réaliser des économies de santé.....	146
V.2.4/ Une appréciation souvent positive du principe de rémunération sur objectifs	147
V.2.5/ Le principe d'un effet d'aubaine potentiel perçu et non contesté par les patients.....	148
V.2.6/ L'adhésion volontaire au P4P décrite comme une preuve de sérieux, liée à une certaine rigueur de prescription.....	148
V.2.7/ Une prise de conscience du rôle des patients quant au montant de la prime.....	148
V.2.8/ Une information persuasive parfois souhaitée.....	149
V.2.9/ Les dérives potentielles engendrées par le P4P.....	150
La sur-prescription	150
Une possible sélection des patients	150
Le risque de l'oubli de la place centrale du patient	151
Une possible perte d'autonomie pour les médecins	153
Un système potentiellement coûteux.....	153
La pénibilité de la mesure	154
V.2.10/ Le paiement à la performance parfois considéré comme un système malsain, non adapté à la médecine.....	154
V.3/ Synthèse des résultats	156
VI/ DISCUSSION	157
VI.1/ Principaux résultats	157
VI.2/ Forces et limites	160
VI.2.1/ Approches qualitatives :	160
VI.2.2/ Approches quantitatives	162
VI.3/ Comparaison de nos résultats aux données de la littérature.....	165
VI.3.1/ Point de vue des médecins généralistes sur la norme médicale	165

VI.3.2/ Point de vue des médecins généralistes sur la mise en place du P4P.....	166
VI.3.3/ Les tensions éthiques inhérentes au P4P, identifiées par les médecins généralistes.	170
VI.3.3.1/ Le risque de sélection des patients	170
VI.3.3.2/ Un risque de survenue de nouveaux conflits d'intérêts.....	172
VI.3.3.3/ L'information des patients	174
VI.3.3.4/ La diminution de l'autonomie	176
VI.3.3.5/ Une incitation à appliquer les normes médicales peut-elle interférer avec les motivations du médecin ?.....	176
VI.3.4/ Point de vue des patients sur le P4P.....	178
VI.4/ Perspectives.....	181
BIBLIOGRAPHIE	185
Annexes.....	197
Annexe n°1 : Le CAPI : Contrat Type	197
Annexe n°2: Les 16 indicateurs du CAPI	201
Annexe n°3: les indicateurs de la nouvelle convention portant sur l'organisation du cabinet	202
Annexe n°4 : les indicateurs de la nouvelle convention portant sur la qualité de la pratique médicale	203
Annexe 5 : Guide d'entretien des médecins	205
Annexe 6 : Le guide d'entretien des patients	207
Annexe 7 : Accord du comité de protection des personnes.....	209
Annexe 8 : Publications issues du travail de thèse	210

INTRODUCTION

La convention nationale médicale régit les rapports entre l'Assurance Maladie et les médecins libéraux ainsi que leurs obligations réciproques. Dans sa dernière version, signée le 26 juillet 2011(1) est introduit pour la première fois une forme de rémunération destinée à être élargie: **la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP)**. Ce mode de rémunération reprend le principe de rémunération à la performance proposée initialement par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) dans le cadre de son programme appelé : « Contrats d'Amélioration des Pratiques Individuelles » (CAPI) publiés au Journal Officiel le 21 avril 2009.(2)

Avant de revenir en détail sur l'historique du conventionnement et le contexte spécifique français dans lequel s'est mis en place ce nouveau mode de rémunération, nous allons, dans un premier temps, nous attarder sur le rationnel sur lequel repose son apparition.

I.1/ La naissance du paiement à la performance.

Le paiement à la performance (P4P) appliqué aux soins ambulatoires a vu le jour dans les années 2000 dans les pays anglo-saxons et a connu un fort développement ces dix dernières années. La logique de ce système de paiement relève de la théorie économique standard selon laquelle des incitatifs externes adaptés (ici financiers) sont susceptibles de modifier les conduites des individus ciblés, dans la direction souhaitée par les promoteurs du système. Son application dans le cadre du P4P consiste à allouer un surcroît de rémunération aux généralistes en échange d'une meilleure qualité de leur pratique, celle-ci étant mesurée à partir d'une batterie d'indicateurs.

I.1.1/ Le P4P, l'aboutissement d'une tentative de normalisation des pratiques ?

Le P4P met en évidence la volonté de faire coïncider les pratiques des médecins libéraux avec des «règles de l'art» élaborées à partir des données actualisées de la science, sur des critères d'efficacité et de sécurité tout en intégrant une dimension d'efficience médico-économique (dimension prévue par l'article L162-2-1 du code de la Sécurité Sociale).

Cette entreprise de normalisation initiée dans les années 1990 a été grandement facilitée et amplifiée par l'émergence concomitante d'une nouvelle conception de la pratique clinique

issue des rangs mêmes de la profession médicale: l' « Evidence-Based Medicine » (EBM) ou médecine fondée sur les preuves.

Le principe de l'EBM est apparu dans les années 1970 à l'université de McMaster au Canada.(3) Initialement utilisée comme méthode pédagogique d'enseignement, son principe réside dans une évaluation de la qualité scientifique issue de la littérature médicale pour répondre à une question concernant la stratégie clinique à mettre en œuvre. Cette démarche fait suite à l'essor pris par la recherche clinique utilisant des méthodes statistiques pour juger de l'efficacité des traitements, des moyens de prévention ou encore des tests diagnostiques.(4) Dans les années 1990, elle gagne la pratique médicale, avec pour objectif d'améliorer la qualité des pratiques cliniques. Par opposition à une pratique basée sur l'opinion ou sur l'avis d'experts, elle prône l'utilisation des données de la science les plus probantes dans la prise en charge des patients. L'EBM consacre ainsi notamment l'utilisation des essais cliniques randomisés contrôlés en double aveugle à grande échelle, régulièrement proposée comme méthode de référence (gold standard) selon les promoteurs de l'EBM.(5) L'EBM vise également à établir un niveau de preuve en fonction des caractéristiques méthodologiques des études et de leur capacité à faire émerger des résultats probants.(6) Dès son fondement, les pionniers de l'EBM précisent cependant clairement que les données de la science devront être soumises au jugement clinique du médecin et pondérées par les valeurs et préférences du patient pour leur application pratique.(7)

Cette volonté d'améliorer la qualité des pratiques médicales en y intégrant la recherche de la meilleure preuve scientifique disponible va se traduire par la multiplication de recommandations pour la pratique clinique (ou guidelines). Leur rôle sera de réaliser une synthèse de « l'état de l'art ». Bien que définies comme des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient dans leur décision et à pondérer par le jugement clinique du médecin et les valeurs et préférences du patient,(8) elles ont également parfois été interprétées comme un outil qui permet d'établir des normes vers lesquelles les pratiques devraient tendre. Le P4P semble consacrer cette vision en allouant un surcroît de rémunération directement indexé au respect de ces recommandations.

I.1.2/ Le mode de rémunération des médecins et ses éventuelles conséquences sur les pratiques médicales.

Le mode de rémunération du médecin généraliste a un impact sur plusieurs aspects cruciaux du métier. Il influence la qualité des soins, la relation médecin/patient, les dépenses de santé publique, mais aussi l'attractivité du métier, la représentation sociale du médecin et la reconnaissance du travail effectué. (9)

Aucun mode de rémunération n'est parfait et de nombreuses études se sont chargées d'étudier les avantages et inconvénients propres à chacun, tant sur le plan de la qualité des soins (classiquement évaluée sur trois dimensions : la continuité des soins, le relationnel entre le médecin et son patient et leurs communications, et la facilité d'accès aux soins) que sur la réalisation d'économies de santé.

La littérature empirique et scientifique montre que les modes et structures de rémunérations des médecins affectent leurs comportements au regard du nombre et du type d'acte médicaux posés et de la qualité de ces actes.(10)

L'enjeu d'un bon mode de rémunération est alors d'allier une bonne qualité des soins des patients, une juste reconnaissance du travail des médecins et des économies dans le budget de la santé.

Le mode de rémunération est impliqué dans l'efficacité d'un système de soins. Le terme d'efficacité est lié à la performance, notion intégrant la qualité, l'efficacité et l'optimalité en termes de résultats. Il s'agit d'un rapport visant l'obtention maximale de résultats pour un coût réduit.

Pour être efficace, le système de soins prend en compte différents niveaux d'exigence :

- au niveau du patient : l'accès aux soins, la qualité de la relation et le sentiment de satisfaction
- au niveau du médecin : les conditions de travail, les revenus adaptés, l'adéquation du métier à ses motivations intrinsèques
- au niveau de l'État : la maîtrise des dépenses de santé, l'égalité d'accès aux soins.

La qualité d'une consultation se définit différemment selon l'observateur :

- Le patient est satisfait et juge de la qualité d'une consultation, selon le temps d'écoute, la prise en compte de ses demandes et la réponse obtenue.
- Le médecin évalue la qualité de sa consultation à la satisfaction du patient, à la prise en charge globale du patient en fonction des recommandations et aux résultats.
- Les financeurs jugent la qualité des consultations en termes de pratiques conformes aux recommandations, de résultats épidémiologiques et de coûts.

Il est possible de voir ici un parallélisme avec les trois entités décrites par Paul Ricœur (11) « soi », « autrui » et « l'institution » dans sa définition de l'éthique : « la visée d'une vie bonne pour soi et pour autrui dans des institutions justes ».

Avant de discuter de la « justesse » et de l'efficacité de la rémunération des médecins et en particulier dans le cadre du P4P, il convient de décrire brièvement les différents systèmes de santé publique ainsi que les trois modes les plus répandus de rémunération des médecins.

I.1.2.1/ Les différents systèmes de santé publique

Bien qu'initialement fondés dans un même but, les systèmes de santé publique mis en place dans les pays du Nord sont divers. En effet, leur construction a été le fruit de politiques de santé publique élaborées dans des contextes différents au niveau social, politique et économique, ainsi que par des ancrages hétérogènes des professions médicales dans la société.

Les caractéristiques qui les distinguent sont principalement l'objectif prioritaire retenu (universalité de la couverture maladie, égalité d'accès aux soins, choix du médecin par le patient, maintien d'une médecine libérale, intégration de la santé à une économie de marché), le mode d'organisation de l'offre de soins (publique, privé, mixte) et le type d'institution de prise en charge (État, caisse d'assurance maladie, assurances privées).

On distingue habituellement trois systèmes de santé publique : les systèmes d'assurance maladie, les systèmes nationaux de santé, les systèmes libéraux de santé.

I.1.2.1.1/ Les systèmes d'assurance maladie (ou Bismarckiens) :

Ils sont inspirés du système Bismarckien mis en place entre 1881 et 1890 par le chancelier Von Bismarck qui a modernisé le programme d'assurance sociale alors en vigueur en Allemagne, rendant obligatoire l'assurance maladie pour les salariés pauvres de certains secteurs et en confiant la gestion aux partenaires sociaux.

Les systèmes d'assurance-maladie sont donc principalement basés sur le remboursement total ou partiel de prestations fournies par des praticiens librement choisis, rendu possible par les cotisations sociales acquittées par les travailleurs en fonction de leurs revenus et par les employeurs en fonction de la masse salariale. Le mode de paiement associé à ce système est le plus souvent le paiement à l'acte. L'adhésion à une caisse d'assurance maladie y est généralement obligatoire.

L'organisation peut en être centralisée, comme en France, ou non, comme en Allemagne. L'offre de soins y est à la fois publique et privée.

Ses avantages sont une plus grande satisfaction et une plus grande liberté des patients (avec notamment le choix du médecin par le patient), une concurrence entre les acteurs susceptible d'améliorer la qualité des soins ainsi qu'un plus grand confort de soins. (12)

Ses inconvénients sont des inégalités de prise en charge et d'accès aux soins, des dépenses de santé globalement plus élevées, un suivi des patients moins efficient du fait d'un cloisonnement ville-hôpital, ainsi qu'une moins bonne coordination au sein du parcours de soins. (12)

Les pays ayant opté pour cette organisation de la santé publique sont, parmi d'autres, la France, l'Allemagne, les Pays-Bas, la Belgique ou encore le Japon.

I.1.2.1.2/ Les systèmes nationaux de santé (ou Beveridgiens):

Ils sont inspirés du premier rapport écrit, en 1942, par William Beveridge, économiste et homme politique britannique, « *Social Insurance and Allied Services* » (13) qui fournit les bases d'une réflexion sur l'instauration de l'Etat-providence par le gouvernement travailliste d'après-guerre du Royaume-Uni.

Les trois grands principes de ce système sont :

-l'universalité : une couverture pour tout le monde

-l'uniformité : une aide identique pour tous sous la forme de prestations en espèces et de services gratuits

-l'unicité : tous les risques doivent être couverts par un système unique.

Les systèmes Beveridgiens mettent en place un accès aux soins quasiment gratuit, dont l'organisation est gérée par l'état et dont le financement provient de l'impôt payé par les contribuables du pays. Son organisation en est plus ou moins centralisée.

Les avantages en sont d'une part, une grande égalité d'accès aux soins et, d'autre part, des dépenses globales de santé limitées du fait d'un financement contrôlé en amont, d'une meilleure coordination des soins et d'un contrôle de la circulation des patients dans leurs parcours de soins, ainsi que d'une limitation des prescriptions du fait de l'absence de concurrence. (12)

Ses inconvénients s'avèrent être une qualité des soins parfois jugée discutable ainsi qu'une moindre satisfaction des usagers (notamment concernant les temps d'attente avant hospitalisation ou consultation de spécialistes). (12)

Le premier pays à avoir créé un système national de santé est le Royaume-Uni avec le National Health Service en 1948. Il sera suivi par les pays d'Europe du Nord (Norvège, Suède, Danemark, Finlande) dans les années 1950 et 1960 avant que certains pays d'Europe du Sud fassent évoluer leur ancien système d'assurance-maladie vers un système national de santé (Espagne, Italie, Portugal, Grèce).

I.1.2.1.3/ Les systèmes libéraux de santé

Ils reposent sur l'idée selon laquelle la santé est une marchandise comparable aux autres et que sa régulation passe par une économie de marché.

Le système libéral de santé est donc dominé par les assurances privées, souvent contractées dans un cadre professionnel.

Un système public partiel prend souvent en charge les populations les plus fragiles qui n'ont pas les moyens de souscrire à des assurances privées : personnes âgées, économiquement défavorisées, invalides ainsi que les pathologies urgentes. Il n'y a donc pas de couverture universelle.

L'avantage majeur réside dans le fait que ce système est généralement très performant sur le plan technique, basé sur la compétitivité.

Les inconvénients sont des inégalités d'accès aux soins très importantes ainsi qu'un niveau global de dépenses de santé élevé.(14)

Ce système a été construit aux États-Unis d'Amérique puis dans certains pays d'Europe de l'Est après l'effondrement du bloc soviétique. Il est également répandu en Amérique du Sud et en Asie.

Le mode de rémunérations des médecins libéraux est une des caractéristiques d'un système de santé. Généralement, les médecins hospitaliers sont salariés tandis que les modes de rémunération des médecins de ville varient suivant les choix réalisés par l'institution. On distingue traditionnellement trois modes de rémunération : le paiement à l'acte, le paiement à la capitation et le salariat. Chaque mode de rémunération est porteur de différences en termes d'accès aux soins, de satisfaction des patients, de possibilité de régulation des coûts, de volume de prescriptions et d'actes, d'encouragement à la prévention et à l'éducation thérapeutique, de fréquence de recours aux soins de seconde ligne.

I.1.2.2/ Le paiement à l'acte

Définition

La rémunération à l'acte est un paiement fonction du nombre de consultations du médecin, mais aussi du type et du tarif des actes effectués. Ce mode de rémunération est majoritaire pour la médecine libérale en France et dans les systèmes à logique bismarckienne.

En France, les prix des actes médicaux et techniques sont fixés par la convention signée entre les médecins et l'Assurance Maladie.

Intérêts (14)

Respecter le libre choix du médecin traitant par le patient.

Respecter la liberté de pratique du médecin :

Le paiement à l'acte est perçu par les médecins libéraux français comme un garant de leur liberté d'exercice au même titre que la liberté d'installation. Il crée une autonomie du médecin vis-à-vis de l'organisme payeur, car le médecin est le seul garant de ses revenus.

Favoriser l'accès aux soins et la continuité des soins :

En toutes circonstances le médecin a intérêt financièrement à délivrer des soins. Le patient se voit ainsi assuré d'une continuité dans les soins et d'un accès aux soins simple et rapide.

Satisfaire les patients :

Une étude américaine (15) met en évidence que les patients atteints des pathologies les plus graves ont tendance à choisir un système de paiement à l'acte. Pour ces patients américains, les soins prodigués dans le cadre du paiement à l'acte sont perçus de meilleure qualité. Le paiement à l'acte apparaît corrélé à une bonne satisfaction des patients.

Augmenter la productivité :

Le paiement à l'acte incite le médecin à augmenter sa productivité, c'est à dire le nombre de consultations qu'il donne en une heure.

Ce mode de rémunération oriente vers un double accroissement de l'offre de soins, par augmentation de la productivité horaire du médecin et augmentation de son temps de travail. Le médecin peut vouloir accroître sa patientèle ou bien augmenter la fréquence des soins prodigués à chacun. Cet aspect peut être positif en cas de pénurie d'offres, dans certaines régions géographiques, tels que les « déserts médicaux ».

Limites

Le phénomène de « demande induite » :

Un des aspects négatifs vient du fait que le médecin peut influencer la demande de soins au-delà de ce qui est nécessaire. Ce phénomène dit de « demande induite » conduit au risque de dépasser le volume optimal de soins, (16–18) bien que la définition de ce volume reste difficile.

Certains facteurs contribuent à limiter le risque de « demande induite ». En effet les motivations intrinsèques du médecin représentées par son éthique professionnelle et sa volonté à préserver l'intérêt du patient sont un des facteurs limitants. La peur de voir son patient consulter pour un deuxième avis, ou changer de médecin restreint également le phénomène de demande induite.

Un système inflationniste entraînant des dépenses de santé élevées sans contrôle possible :

La comparaison internationale montre que les pays où le mode de rémunération dominant est le paiement à l'acte ont les dépenses de santé les plus élevées. Toutefois, les écarts peuvent être influencés par d'autres facteurs et les dépenses supérieures ne signifient pas que la production de soins soit inefficace.

Tableau n°1 : Rémunération des médecins et dépenses de santé en 2000 (OCDE)

Source : L' ENA, Ecole Nationale d'Administration, Promotion 2008-2010. La rémunération des médecins libéraux "option d'approfondissement". Groupe n°13. 2010.

	Paiement à l'acte		Rémunération mixte		Salariat ou capitation majoritaires	
Densité médicale	Pays	Dépenses santé/PIB	Pays	Dépenses santé/PIB	Pays	Dépenses santé/PIB
<i>Au dessus de la moyenne</i>	Autriche, Belgique, France, Allemagne	9,4%	Danemark	8,8%	Grèce, Italie, République Slovaque, Espagne, Suède	7,8%
<i>En dessous de la moyenne</i>	Canada	9,2%	Australie, N-Z, Japon, Irlande, Norvège	7,7%	Royaume-Uni	7,3%

Le risque d'altérer la qualité des soins :

Un autre effet pervers du paiement à l'acte est de raccourcir la durée de consultation. Or si la durée est positivement corrélée à la qualité des soins, on peut craindre une réduction du temps de consultation au détriment de la qualité.

Ce mode de rémunération privilégie donc des actes de courtes durées. A contrario les consultations dites chronophages, de prévention, d'éducation thérapeutique ne sont pas favorisées. (19)

Le risque d'altérer l'accès aux soins :

La variabilité des tarifs peut entraîner une inégalité de l'accès aux soins. En effet les dépassements d'honoraires des médecins secteur 2 peuvent aggraver cette inégalité. (20)

La reconnaissance inégale des missions du médecin généraliste :

Le paiement à l'acte ne prend pas en compte les tâches administratives et les actions non médicales du médecin. De plus, les actes techniques sont privilégiés par rapport aux actes cliniques et intellectuels majoritaires en médecine générale.

I.1.2.3/ La capitation

Définition

Mode de rémunération forfaitaire prospectif, la capitation prend en compte le nombre de patients ayant déclaré un médecin traitant et leurs caractéristiques (âge/sexe/pathologie...) sur un temps donné. Il est majoritaire au Royaume-Uni et également utilisé aux Pays-Bas, en Espagne et en Belgique. (21)

Intérêts

Se rapprocher du volume de soins optimal :

Ce mode de rémunération n'incite pas le médecin à multiplier les actes.

Favoriser la prise en charge globale du patient :

La capitation privilégie l'éducation thérapeutique et la médecine préventive. Il incite le médecin à répondre de manière adaptée à la demande du patient, favorisant ainsi la prise en charge globale de ce dernier. (22)

Contrôler et prévoir les dépenses de santé :

La capitation permet de mieux prévoir et de contrôler les dépenses de santé en lien avec l'activité des médecins généralistes.

Améliorer l'efficience du système de soin :

Des études estiment qu'un système à la capitation permet une réduction des coûts de santé de 20% par rapport au paiement à l'acte. (23) En théorie, le praticien est incité à avoir une pratique médicale efficace, tout en lui assurant un revenu fixe. Elle inviterait le médecin à augmenter sa patientèle.

Limites

Augmenter la concurrence entre médecins :

La capitation peut induire une augmentation de la concurrence entre médecins. Le médecin, de peur de perdre sa patientèle, peut avoir intérêt à satisfaire même les demandes non justifiées de ses patients. Mais la taille de la population étant fixe, il existe une limite à l'augmentation d'une patientèle.

« Rationner » les soins :

Ce mode de rémunération peut induire des difficultés d'accès aux soins pour les patients. Ce risque existe surtout si, comme au Royaume-Uni, les médecins sont responsables du budget global. Ce système « d'enveloppe globale » peut inciter à « rationner » les soins. Le risque en terme de qualité est de trop restreindre la quantité des soins.

Sélectionner des patients :

Un autre effet pervers possible de la capitation est la sélection des patients. L'éviction des patients aux pathologies les plus lourdes, au profit des patients à faible risque limiterait le nombre de consultations. (Les patients fragiles consultant plus souvent, et pour des actes plus longs.) Pour limiter cet effet, la plupart des pays ayant opté pour la capitation ont inclus des coefficients correctifs censés correspondre à la lourdeur de la prise en charge des patients.

Orienter trop rapidement les patients vers d'autres spécialistes :

Il existe un risque d'orientation plus rapide des patients vers d'autres spécialistes et d'autres structures médicales (hôpitaux...). Ce report de patients est nuisible au rôle de « gate keeper » du médecin généraliste et donc au contrôle des dépenses de santé.

I.1.2.4/ Le salariat

Définition

Le salariat est un mode de rémunération forfaitaire mensuelle et contractuelle. Il est indépendant de la quantité de soins réalisés. Le médecin est salarié d'un employeur public ou privé.

Il s'agit du mode de rémunération des médecins hospitaliers du secteur public dans la plupart des pays industrialisés. Il est également présent en médecine ambulatoire en France. Les médecins travaillant sous des régimes spéciaux d'assurance maladie, tels que ceux de la SNCF en France, en bénéficient également.

Le salariat est le mode de rémunération principal au Portugal, en Suède et également dans certains pays communistes d'Europe centrale et de l'Est.

Intérêts

Conditions de travail du médecin :

Le médecin bénéficie des avantages du salariat : droit du travail, protections sociales, salaire fixe, congés payés. Pour le gestionnaire, la dépense annuelle du médecin salarié est davantage contrôlable et prévisible. Une étude anglaise met en évidence que les médecins salariés sont plus satisfaits que d'autres praticiens rémunérés par d'autres modes, en terme de temps de travail, de stress, de rémunération, et de reconnaissance de leur activité. (24)

Amélioration la qualité des soins :

Le salariat permet de déconnecter la rémunération de l'acte médical. Certaines études mettent en évidence que le salariat est associé à des consultations plus longues (25), à un nombre d'actes par patient et à un nombre de patients par médecins moindre. En considérant que la durée de la consultation est un indicateur de qualité, ce mode de rémunération devrait favoriser la qualité des soins.

Limites

Ne pas inciter à l'effort :

A l'exception d'une étude qui conclut que le passage au salariat des médecins anglais n'a pas conduit à une baisse de leur productivité, (26) ce mode de rémunération n'est pas réputé favoriser la productivité des médecins.

Pour contrer ce risque, les administrateurs du système peuvent mettre en place des contrôles réalisés par la hiérarchie directe de la qualité des soins et de la disponibilité des médecins, offrir des avantages non financiers, ou bien encore motiver les médecins à l'idée d'une promotion. (27)

Diminuer la qualité et la quantité des soins :

Il existe un risque désincitatif sur l'offre, avec une diminution du volume des soins.(28) Le salariat peut ainsi entraîner une diminution du nombre d'actes par patient et du nombre de patients par médecins.

I.1.2.5/ La rémunération mixte

Définition

La rémunération mixte consiste à panacher les différents modes de rémunération des médecins afin d'atténuer les inconvénients de chacun. L'OCDE et l'OMS préconisent ce mode de rémunération. (29)

L'idée est de compléter le revenu par une rémunération variable basée sur un autre mode de rémunération. Ainsi la capitation, le paiement à l'acte et le salariat peuvent être associés. En Allemagne, la rémunération à l'acte est couplée à la capitation. D'autres pays tels que l'Espagne, l'Israël et la Suède ont un mode de rémunération mixte mêlant, cette fois-ci, capitation et salariat.

Intérêts

Lisser les inconvénients de chaque mode et en garder les avantages :

Les modèles théoriques de rémunération mixte se basent le plus souvent sur une partie fixe prospective, par capitation ou salariat, et une partie variable par paiement à l'acte et/ou paiement à la performance. (30) Ce type de mixité favorise la modération des coûts, assurant une sécurité de revenu au médecin, mais également encourage certaines activités sur lesquelles le système place la part variable.

Une rémunération qui mélangerait paiement à l'acte et capitation devrait permettre d'augmenter la productivité et favoriser la prise en charge globale du patient. Ainsi le système cherche à associer les avantages de chaque mode de rémunération, visant une amélioration à la fois quantitative et qualitative des soins.

Une étude a été menée sur l'activité des médecins généralistes de Copenhague en 1987, au passage d'un système de capitation à un mode de rémunération mixte associant capitation et

paiement à l'acte. Suite à ce changement, les auteurs remarquent une augmentation du volume de soins et une diminution du report de patients vers des spécialistes. (31)

Limites

Complexité du système :

Toutefois la rémunération mixte atténuée mais ne supprime pas les inconvénients de chaque type de rémunération. La complexité d'un système mixte rend difficile la comparaison d'un pays à l'autre.

I.1.3/ Développement du P4P au niveau international.

C'est dans le cadre d'une rémunération mixte que le paiement à la performance s'est progressivement développé dans de nombreux systèmes de santé. Il a toujours été additionnel à un autre mode de rémunération.

Ce sont les pays anglo-saxons qui ont, les premiers, développé le P4P.

Parmi ces pays, le Royaume Uni a mis en place un dispositif faisant référence au niveau mondial : le Quality and Outcome Framework (QOF).(32)

I.1.3.1/ Le P4P au Royaume-Uni : le QOF (Quality and Outcome Framework)

A la fin des années 1980, le système de santé britannique, le National Health Service (NHS) est en souffrance suite à d'importantes restrictions budgétaires. Dans l'idée d'améliorer la qualité des soins, une réforme appelée « NHS plan » est lancée par Tony Blair en 2000. Il compte ainsi réduire les listes d'attente et faciliter l'accès aux soins. Il met en place une majoration du budget de la santé par l'impôt et une augmentation de l'offre de soins. De nouveaux hôpitaux sont créés et le recrutement des professionnels de santé augmente (2 000 médecins et 20 000 infirmiers en plus).

En 2004 apparaît la notion de paiement à la performance au travers du programme Quality and Outcome Framework, le QOF. Ce contrat est négocié entre le syndicat national représentatif des médecins généralistes anglais (le BMA : British Medical Association) et le NHS. (33)

Le QOF s'adresse aux cabinets médicaux dans leur ensemble et non pas aux médecins individuellement, c'est une démarche collective. Il est basé sur le volontariat et la majorité des cabinets y adhère car il représente un avantage financier substantiel. Il concerne les 8 400 médecins de famille travaillant en cabinet de groupes et couvrant ainsi 53 millions de patients. Un cabinet médical anglais moyen comprend 5 médecins, 5 paramédicaux et 11 autres personnels non soignants (secrétaires ...) complété par du personnel temporaire (3 en moyenne) dont les médecins remplaçants (0,4).

En amont de la mise en place du paiement à la performance, les différences de conditions d'exercice entre la France et le Royaume-Uni sont nombreuses. Le pourcentage du produit intérieur brut (PIB) alloué aux dépenses de santé était de 7% en 2004, ce qui est peu comparativement aux autres pays industrialisés.(34). Le temps de travail moyen d'un médecin est de 44 heures par semaine contre 55 heures par semaine pour un médecin français. (35) On note par ailleurs un exercice en groupe plus fréquent, une part plus importante de délégation des tâches et le mode de rémunération majoritaire par capitation. Les délais de rendez-vous étaient jugés trop longs et, dans l'ensemble, le système de santé britannique était assez vivement critiqué avant 2004.

Les médecins généralistes anglais associés en groupe partagent le chiffre d'affaire du cabinet. Ils sont salariés employés du cabinet. Leurs salaires proviennent de la mixité de plusieurs modes de paiement, répartis approximativement ainsi :

- 60% de capitation
- 15% de paiement à l'acte pour certains services
- 25% de paiement à la performance (QOF)

Les objectifs du QOF

Les objectifs du QOF sont multiples :

- valoriser les soins primaires en augmentant leur budget
- améliorer la qualité des soins en accord avec les recommandations nationales de bonnes pratiques établies dans le National Services Frameworks
- encourager la réorganisation des cabinets
- améliorer la prise en charge des pathologies chroniques en mettant l'accent sur l'éducation thérapeutique et la prévention
- valoriser la fonction de « gate-keeper » du médecin généraliste en limitant le recours aux spécialistes et le nombre d'hospitalisations.

Le paiement à la performance porte sur 135 indicateurs répartis sur quatre grands thèmes : la qualité clinique, l'organisation du cabinet, la satisfaction des patients et des services additionnels. (36)

Tableau n°2 : Les domaines couverts par le Quality and Outcomes Framework (2006/2007)
(Source : Bernstein D., *La réforme dans l'organisation des soins en Angleterre. Points de repère N°17- Assurance Maladie, Juillet 2008*)

La qualité des soins (80 indicateurs)

- Maladies coronariennes (10 indicateurs)
- Insuffisance cardiaque (3 indicateurs)
- Accidents vasculaires cérébraux (8 indicateurs)
- Hypertension artérielle (3 indicateurs)
- Diabète (16 indicateurs)
- Maladies pulmonaires obstructives chroniques (5 indicateurs)
- Épilepsie (4 indicateurs)
- Hypothyroïdie (2 indicateurs)
- Cancer (2 indicateurs)
- Soins Palliatifs (2 indicateurs)
- Santé mentale (6 indicateurs)
- Asthme (4 Indicateurs)
- Démences (2 indicateurs)
- Dépression (2 indicateurs)
- Maladies rénales chroniques (4 indicateurs)
- Fibrillation auriculaire (3 indicateurs)
- Obésité (1 indicateur)
- Difficultés d'apprentissage (1 indicateur)
- Tabagisme (2 indicateurs)

L'attention au patient (4 indicateurs)

- La durée de la consultation (1 indicateur)
- Le recueil de l'avis des patients (3 indicateurs)

L'organisation des cabinets (43 indicateurs)

- Tenue des registres et informations (12 indicateurs)
- Communication avec les patients (4 indicateurs)
- Éducation et formation (8 indicateurs)
- Gestion des médicaments (9 indicateurs)
- Gestion du cabinet (10 indicateurs)

Les services additionnels (8 indicateurs)

- Examens gynécologiques (4 indicateurs)
- Surveillance de la santé des enfants (1 indicateur)
- Soins périnataux (1 indicateur)
- Contraception (2 indicateurs)

Les médecins ont la possibilité d'exclure certains patients du calcul de leurs résultats. Cette pratique s'appelle l' « *exception reporting* ». Les patients les moins compliants ou les plus complexes du point de vue de la prise en charge peuvent ne pas être comptabilisés et ne pas nuire aux résultats. Les critères d'exclusion sont prédéfinis : les patients qui ne sont pas venus malgré trois invitations dans les trois derniers mois, l'état clinique du patient (stade terminal d'un cancer ...), les diagnostics récents ou les nouveaux patients, les patients recevant le traitement maximal mais restant sous les objectifs, les patients allergiques ou présentant une contre-indication au traitement, ceux refusant les soins et enfin l'indisponibilité d'un examen nécessaire.

Il a été estimé que 10% des patients ont été exclus abusivement. Ce phénomène est appelé « *gaming* » ou comment certains médecins jouent avec le système. (37)

Les résultats du QOF

Les résultats du QOF sont rendus publics et directement accessibles sur internet sur le site <http://www.qof.ic.nhs.uk/> (38)

Les attentes initiales ont été très facilement atteintes. Le QOF visait un taux de réussite de 75%, or dès 2005 il atteint un taux de réussite de 90%. (39)

Plusieurs raisons à cette réussite ont été avancées. Les cibles de départ étaient peu élevées afin d'assurer un niveau de qualité minimal à chaque patient. Ainsi, il est prévu de majorer, chaque année, les objectifs afin de tendre continuellement vers une amélioration de la qualité. La pratique du « *gaming* » a pu jouer un rôle dans les bons résultats obtenus. La multitude des critères de l' « *exception reporting* » rend difficile un contrôle. Les résultats reposent ainsi en grande partie sur la déclaration des médecins et leur bonne foi.

Du point de vue des dépenses, le budget prévu a été largement dépassé. Les dépenses pour les cabinets des médecins généralistes en 2005-2006 ont atteint une augmentation de 63,6%. Le dépassement est en partie lié à une sous-estimation des dépenses induites par le paiement à la performance. Les dépenses au titre du QOF correspondent à 1 milliard de livres (1,25 milliard d'euros) en 2006-2007, soit 13,5% de l'ensemble des ressources du cabinet ou 25% environ des rémunérations du médecin. (35)

Les indicateurs du QOF doivent être réévalués régulièrement. Il est prévu que le NICE, organisme chargé des évaluations médico-économiques des pratiques médicales et des produits de santé, soit responsable des indicateurs du QOF. (40)

I.1.3.2/ Le P4P aux États-Unis

Le système de santé aux États-Unis est différent de celui que nous connaissons en France (34) et s'organise autour d'assurances privées. Les américains sont assurés par leurs employeurs via les assurances des entreprises.

L'État ne couvre que 25% de la population :

- les personnes âgées par Medicare¹
- et les personnes en situation précaire par Medicaid² (41)

Le système de santé aux États-Unis est loin d'assurer l'accès aux soins de manière équitable pour tous. Il assure en revanche des soins de bonne qualité aux plus aisés.

Les dépenses publiques de santé ne représentent que 7,5% du PIB (11,8% en France en 2009), mais les dépenses totales, publiques et privées, sont les plus élevées au monde, l'équivalent de 16% du PIB.

Il existe par ailleurs un fédéralisme important à l'origine de multiples spécificités locales, ayant rendu impossible la mise en place d'un programme national.

Les trois modes de rémunération (capitation, salariat et paiement à l'acte) coexistent dans les soins primaires, les médecins généralistes étant majoritairement payés à l'acte. Dans le but de contrôler les dépenses et d'améliorer l'efficacité du système de santé, depuis les années 1990, des programmes de paiements à la performance sont lancés par des assureurs privés, visant surtout les soins primaires. En 2009 il existait plus de 160 dispositifs d'incitation financière aux résultats.

Par exemple, l'Integrated Healthcare Association (IHA) est proposé aux médecins généralistes installés en groupe. Ses indicateurs sont :

¹ Medicare : Assurance maladie américaine publique couvrant les personnes de plus de 65 ans et les personnes invalides

² Medicaid : Assurance maladie américaine publique couvrant les personnes défavorisées

- des indicateurs cliniques : suivi de pathologies chroniques, mesures préventives
- des indicateurs de satisfaction du patient : la relation médecin/patient, le délai d'attente pour un rendez-vous, l'accès et la coordination aux spécialistes, la prise en charge globale
- des indicateurs liés à l'utilisation d'outils informatiques permettant une communication électronique à partir des dossiers médicaux et un recueil de données d'évaluation possibles.

Il existe aussi des structures de prise en charge du système de santé, les HMO. Le paiement à la performance porte sur des indicateurs cliniques, des indicateurs de satisfaction et d'autres en lien avec l'utilisation de nouvelles technologies d'information. (42) Le financement est réalisé si les objectifs sont atteints et, d'année en année les indicateurs évoluent.

Ainsi, les programmes de P4P étaient majoritairement locaux mais certains pouvaient exister à l'échelle d'un état entier comme par exemple en Californie.(43)

Aux États-Unis, il n'existe pas un système unique de paiement à la performance, mais des systèmes tous différents. Ils ont tous, en objectifs communs, l'amélioration de la qualité des soins et de l'efficacité du système de santé.

Les assureurs privés semblent s'engager dans la voie du paiement à la performance avec la volonté d'augmenter les rémunérations en rapport.

I.1.3.3/ Le P4P ailleurs dans le monde

Au niveau international, le paiement à la performance en soins primaires tend à se répandre et, dans un rapport de 2011, l'OCDE a identifié 14 pays ayant adopté ce mode de rémunération parmi lesquels plusieurs voisins européens comme l'Espagne, l'Italie ou les Pays Bas, mais aussi des pays comme le Canada, Israël ou encore l'Australie.(44)

I.2/ Le contexte français

Le P4P s'est mis en place en France en juin 2009 sous une forme assez particulière: un système national de contractualisation individuelle entre les médecins et la CNAMTS. Chaque médecin avait donc le choix de signer ou pas un contrat dit d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI).(45)

16 indicateurs étaient mesurés répartis dans 3 champs :

- La prévention qui correspondait essentiellement à la couverture vaccinale et le dépistage de cancers.
- Le suivi des maladies chroniques, incitant les médecins à respecter les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS).
- L'optimisation des prescriptions qui visait à encourager les médecins à prescrire dans le champ des génériques.

Deux ans après la mise en place des CAPI, l'Assurance Maladie a décidé avec l'accord des syndicats de médecins de généraliser le paiement à la performance à l'ensemble des médecins généralistes au 1^{er} janvier 2012. Des dérogations restaient possibles en cas de refus explicite des médecins par courrier recommandé avec accusé de réception. En pratique, environ 3% des médecins généralistes ont fait valoir ce droit au refus.(46)

Il est important de noter que le contexte professionnel et institutionnel français, dans lequel s'est mis en place le système de P4P était radicalement différent de celui dans lequel s'est mis en place le QOF. D'une part, et contrairement à l'Angleterre où les généralistes bénéficiaient d'une position dominante, les médecins généralistes français opéraient dans un système hospitalo-centré et étaient en position de faiblesse face aux spécialistes. (47) Ce segment de la profession médicale, par ailleurs depuis longtemps divisé sur le plan de sa représentation professionnelle, n'avait pas su trouver en son sein un consensus pour proposer un mode d'organisation plus efficace.

L'Assurance Maladie était, quant à elle, rendue méfiante par les effets du P4P sur la dépense de santé au Royaume-Uni et a souhaité situer son programme CAPI dans un jeu à somme nulle, l'argent supplémentaire alloué aux médecins étant censé être « compensé » par les économies résultant de l'application du programme. Les objectifs du CAPI, en sus de ceux de santé publique mis en avant par son promoteur, se situaient donc autant dans une perspective de maîtrise des dépenses de soins remboursables grâce à des prescriptions plus économes (d'où une meilleure efficacité puisque avec le même budget, on escompte une qualité

améliorée), que dans celle de l'amélioration des pratiques cliniques des médecins, fondées sur l'usage de protocoles de prévention et de traitements, portant de façon préférentielle sur le suivi des maladies chroniques.

Avant même sa mise en place, ce nouveau mode de rémunération a suscité de nombreuses controverses. Les syndicats de médecins, s'inquiétant de la non-inclusion du dispositif CAPI dans le cadre de la convention médicale nationale et de la contractualisation individuelle et directe entre les médecins et l'Assurance Maladie. L'Ordre des médecins, quant à lui, a manifesté son opposition à la mise en place de ce programme en fondant sa position sur le fait que ce système de paiement était contraire à la déontologie médicale et entraînait en conflit avec les principes de la médecine libérale.(48) La plupart des syndicats de médecins généralistes ainsi que le conseil de l'Ordre semblaient relativement attachés au paiement à l'acte, résultant d'une longue tradition d'honoraires payés au médecin libéral.

I.2.1/ Rappel historique sur le mode de rémunération des médecins.

Les premières sources connues d'arrangement financier entre le médecin et son patient datent de 1750 avant J.C. : le code d'Hammurabi comporte plusieurs articles détaillant les tarifs qu'il est juste que le médecin réclame, selon le statut social du patient et le type d'acte pratiqué.(49) Ce n'est néanmoins qu'à l'époque du droit romain que la notion d'honoraires voit le jour. La fixation des honoraires était alors libre, constituant un remerciement du client au professionnel libéral. Cette libre fixation devait être faite avec discernement, en fonction par exemple de la richesse du patient ou de l'acte effectué.(50)

En ce qui concerne la France, il y eut d'abord les druides chez les gaulois, qui guérissaient en échange d'une offrande à leurs Dieux, puis les clercs des Hôtels Dieu, dans les couvents ou près des cathédrales, qui soignaient par charité. Ces hommes d'Église pouvaient subordonner leurs services au versement d'honoraires, qui représentaient le témoignage tangible de la gratitude du malade. Au XII^{ème} siècle plusieurs conciles ont interdit au clergé d'exercer la médecine, suite à certains abus concernant les honoraires demandés. Au XVI^{ème} siècle les médecins, devenus laïcs, pouvaient pratiquer leur art selon deux modes d'exercice: développer leur propre clientèle, entraînant une rémunération à l'acte, ou être rattachés à une Cour, une Maison ou un hôpital, bénéficiant alors d'une rétribution fixe la plupart du temps. On peut voir dans ces dernières pratiques les prémices des médecines salariée et hospitalière.

Au XIX^{ème} siècle subsistait l'obligation morale du médecin de faire bénéficier les indigents d'une véritable gratuité.(51)

La charte de 1927 adoptée lors du congrès des syndicats médicaux pose les fondements de la médecine libérale ; elle est composée de sept principes :

- le libre choix du médecin par le malade
- le respect du secret professionnel
- la liberté de prescription
- la liberté d'installation
- le droit à des honoraires pour tout malade soigné et le paiement direct par le malade sur le principe de la libre entente sur les tarifs
- le contrôle des malades par la caisse et celui des médecins par les syndicats et la commission médicale d'arbitrage
- la représentation des syndicats de médecins au sein des caisses.

En 1936, avec l'arrêt « Mercier », se met en place un contrat synallagmatique entre le médecin et son patient : les obligations réciproques sont alors considérées comme le fait de prodiguer des soins « *consciencieux, attentifs et conformes aux données acquises de la science* » pour le médecin et une obligation de payer des honoraires pour le patient. Cette situation ne se réfère plus à la morale, mais devient une situation de droit commun.(52)

Parallèlement, la Confédération des Syndicats Médicaux Français (CSMF) reprend à son compte la Charte de la médecine libérale, et sera à l'origine en 1936 d'un règlement de déontologie médicale doté d'une longue partie sur les honoraires et très ferme sur « *les dangers de casser les tarifs des collègues ou d'accepter moins que le minimum décrété par le syndicat médical local.* » Cette référence à un tarif *minimum* représentait un second pas vers l'évolution du principe originel des honoraires.

En 1941 le conseil supérieur de l'Ordre publie le « Code de déontologie et statuts de la profession médicale ».(53) Quant à l'organisation de la rémunération des médecins, il est écrit que :

Art. 20 : « Tout bénéficiaire d'une loi d'assurance ou d'assistance sociale cesse d'être indigent à l'égard de son médecin et lui doit des honoraires normaux. »

Art. 21 : « Il est interdit au médecin de pratiquer directement ou par voie détournée l'abaissement habituel de ses honoraires au-dessous des tarifs minima fixés par le Conseil départemental de l'Ordre. »

Le premier Code de déontologie, entré en vigueur en 1947,(54) donne un impératif au praticien concernant ses honoraires : il doit en fixer le montant avec tact et mesure, en accord avec sa conscience.

Dans la seconde moitié du XX^{ème} siècle, l'apparition du conventionnement a établi la place importante de l'Assurance Maladie dans la détermination des honoraires des médecins indépendants, puis de nouveaux modes d'exercices ont émergé, accompagnés de nouveaux modes de rémunération.

I.2.2/ Le conventionnement : l'intervention de l'Assurance Maladie dans la détermination des honoraires.(55)

Le conventionnement médical est né avec la Sécurité Sociale et les mutualités.

En 1945, la généralisation de la Sécurité Sociale, fit passer son statut d'exception à celui de principe en mettant en place un régime d'assurances sociales applicable aux assurés des professions non agricoles. Ce texte fut empreint de certains principes contenus dans la Charte de la médecine libérale de 1927 comme le libre choix du médecin par le malade ou le paiement direct des honoraires alors que d'autres furent délibérément omis : avec par exemple la notion de *tarifs négociés*, occultant en France, pour la majorité des médecins indépendants, le principe de liberté dans la fixation des honoraires.

L'entente entre les médecins et l'Assurance Maladie quant au montant des honoraires devait permettre un meilleur accès aux soins pour les assurés sociaux et offrir aux médecins la perception d'un minimum garanti.

La convention d'alors était signée entre les syndicats de praticiens et les caisses au niveau départemental. Elle devait être approuvée par une commission nationale, où siégeaient les représentants du corps médical, des organismes de Sécurité sociale et de l'administration. Les praticiens pouvaient demander « avec tact et mesure » des honoraires supérieurs aux tarifs conventionnels en justifiant de circonstances particulières comme leur notoriété ou la fortune de l'assuré soigné. Une commission de conciliation départementale (composée de 2 médecins, un administrateur de caisse et un médecin conseil) devait vérifier la justification du dépassement et le cas échéant, demander au médecin de reverser le trop perçu.

Ce système a échoué, car plusieurs départements n'ont pas réussi à obtenir un accord entre les caisses et les syndicats de praticiens et parce que la CSMF ayant rapidement rejeté ce système a refusé de signer les conventions départementales.

Cet échec ne permit aux assurés sociaux que d'être remboursés sur les tarifs dits d'autorité, nettement inférieurs aux tarifs effectivement payés par les patients, les praticiens n'étant soumis à aucun contrôle par la commission de conciliation.

L'Assurance Maladie n'avait pas les moyens de contraindre les médecins, et ceux-ci argumentaient qu'il n'était pas raisonnable de fixer le prix d'une consultation avant que celle-ci n'ait lieu.

Le 12 mai 1960, le décret n°60-451 confirme la liberté limitée des médecins conventionnés dans la détermination de leurs honoraires mais leur procure en contre partie des avantages sociaux.

La convention était signée au niveau départemental et engageait tous les praticiens du département ainsi que la Sécurité sociale, dans un double engagement: celui de respecter les tarifs fixés par arrêté ministériel dans la convention et celui de rembourser les patients sur la base de ces tarifs conventionnés.

Les assurés et les médecins furent séduits par ce système, les syndicats n'ont alors pas eu d'autre choix que de s'y impliquer pour pouvoir garder un minimum d'influence dans la définition des honoraires médicaux tarifés.

La loi du 3 juillet 1971 (56) consacra certains principes de la médecine libérale comme le libre choix du médecin par le malade, la liberté de prescription, le secret professionnel, le paiement direct des honoraires par le malade ou encore la liberté d'installation du médecin. La première convention nationale médicale fut signée le 28 octobre 1971. L'adhésion n'était plus individuelle mais automatique à l'exception des médecins manifestant individuellement leur refus. La convention devait être renouvelée tous les 4 ans mais pouvait faire l'objet d'avenants annuels. Le Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) fit clairement part de son opposition à cette loi.

Malgré cela, le conventionnement fut quasiment général.

Cette convention de 1971 essuya les premiers déboires du système conventionnel, principalement à cause de conflits entre les caisses et la CSMF concernant les tarifs conventionnés.

Le 03 février 1976 une nouvelle convention (57) fut signée et elle reprit la plupart des dispositions préalables: conventionnement d'office, concertation permanente, double engagement tarifaire, autodiscipline et avantages accordés aux médecins conventionnés.

Deux innovations étaient à noter : l'institution d'un système de *tiers-payant* pour certains actes et la réflexion sur de nouveaux modes d'exercice. Ce dernier point reçut une vive opposition de la CSMF, craignant une remise en cause du statut libéral, notamment par l'encouragement du salariat.

La troisième convention nationale a été signée le 29 mai 1980. (58) Elle prévoyait la maîtrise concertée des dépenses, par un système de prévisions et de suivi d'objectifs. Cette convention est également à l'origine de la différenciation entre deux secteurs conventionnels : le secteur I, dans lequel les médecins doivent respecter les tarifs conventionnels, et le secteur II, où ils peuvent fixer librement leurs honoraires renonçant alors à une partie des avantages sociaux liés à la convention.

La quatrième convention (59) semble moins novatrice. Elle insiste sur la nécessité dévolue à la formation continue ainsi que sur le bon usage des soins dont doivent faire preuve les médecins, notamment pour contrôler les dépenses de santé.

La cinquième convention est signée le 9 mars 1990 (60) après de longs mois de négociations. Elle instaure un gel du secteur II, sauf pour les anciens chefs de clinique qui se sont installés après le 1^{er} décembre 1989. Elle inaugure également deux changements majeurs: la possibilité de conclure deux conventions différentes pour les généralistes et les spécialistes, et la représentativité des organisations syndicales dorénavant appréciée au regard de ces deux groupes.

L'article 20 fait déjà apparaître une volonté de normer les pratiques en établissant des « *références médicales nationales d'évolution* », portant sur les actes médicaux, les prescriptions diagnostiques et thérapeutiques et les hospitalisations. On peut y voir les prémices des références médicales opposables (RMO) puis des recommandations de bonne pratique.

Néanmoins la convention de 1990 ne satisfait ni les syndicats, ni les caisses, ni l'État, surtout eu égard aux enjeux de la maîtrise des dépenses de santé.

La loi du 4 janvier 1993, dite loi Teulade (61), tente de mettre en place un dispositif de maîtrise médicalisée de l'évolution des dépenses de santé. Elle fixe des « objectifs quantifiés nationaux » avec sanction en cas de non-respect et crée les **références médicales opposables**, (RMO). La maîtrise médicalisée des dépenses relève d'un véritable changement de logique dans la politique de régulation de la médecine ambulatoire. D'une politique de régulation « par la demande » essentiellement axée sur la responsabilité des usagers qui étaient doublement mis à contribution (à travers une baisse des remboursements et une hausse des cotisations), on s'oriente vers une responsabilisation des professionnels de soins.(62)

Le 21 janvier 1993 une nouvelle convention est signée (63), mettant en œuvre la loi Teulade et ancrant dans le marbre la notion de norme de la pratique médicale dans la convention avec les RMO.

Ces RMO prenaient en général une forme négative, interdisant à un médecin de pratiquer un acte (ou une prescription) dans une situation donnée, l'acte étant alors jugé inutile ou dangereux. Leurs actualisations étaient l'objet d'avenants annuels. A la fin de l'année 1997, il en existait 147.(64) La question de leur opposabilité était le réel enjeu de leur mise en œuvre, ce qui impliquait que les médecins puissent être contrôlés et sanctionnés. En pratique, le contrôle fut pavé d'obstacles et le nombre de sanctions fut peu élevé.

De plus, l'opposabilité des RMO n'était pas effective en ce qui concerne la responsabilité médicale, les « règles de l'art » ne pouvant s'y résumer. (65)

Les *ordonnances Juppé* de 1996 rendent caduque la majorité des règles conventionnelles de 1993 et nécessitent la mise en route de nouvelles négociations.

Le 12 mars 1997 deux conventions distinctes (une pour les médecins généralistes et une autre pour les médecins spécialistes) sont adoptées. (66) Elles précisent les conditions d'application des dispositions issues des ordonnances de 1996.

La place et les modalités d'application des RMO sont alors précisées.

Les RMO devaient être élaborées par l'Agence du médicament et l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, à partir de thèmes choisis par les parties signataires de la convention. Leurs critères d'opposabilité ont été précisés et renforcés.

De plus, l'indice de gravité médical des RMO voit ses paliers se durcir en 1997.

L'arrêté du 4 décembre 1998 vient entériner la convention nationale des médecins généralistes signée le 26 novembre. Cette convention signée entre les caisses et le syndicat MG-France, fait apparaître la notion de *médecin référent* qui permet au médecin généraliste de percevoir de l'Assurance Maladie une indemnité forfaitaire de 150 francs par patient qui lui est affilié. Le patient ayant choisi cette option pouvant alors bénéficier des tarifs conventionnels du secteur 1 et être dispensé de l'avance des frais, à l'exception du ticket modérateur. C'est la première introduction du forfait dans le système de paiement à l'acte des médecins généralistes. Il est même possible d'y voir l'entrée du paiement à la capitation dans le système français. Ces forfaits « *médecin référent* » vont par la suite disparaître et font toujours l'objet de vifs désaccords entre les syndicats.

En 2002, une nouvelle loi vient modifier les rapports conventionnels (67). Elle permet notamment d'élargir l'application des accords de bon usage des soins et des contrats de bonne pratique, tout en créant des contrats de santé publique.

Ces trois outils conventionnels peuvent être considérés comme les précurseurs directs du paiement à la performance. Cependant, la rémunération perçue est fixe et forfaitaire et ils ne peuvent être conclus qu'après avis favorable de la Haute Autorité de Santé.

Le 12 janvier 2005, le douzième avenant de la convention médicale nationale porte notamment sur le renforcement du rôle du médecin traitant en matière de prévention et sur la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. (68)

Il insiste notamment sur le retour d'informations individuelles auprès de chaque médecin au regard des objectifs collectifs. Cette orientation semble elle aussi faire du paiement à la performance une « suite logique » de l'évolution conventionnelle.

La dernière convention nationale médicale a été signée le 26 juillet 2011. Elle introduit une nouvelle forme de rémunération pour les médecins traitants, destinée à être étendue: la **rémunération sur objectifs de santé publique**. Le paiement à l'acte reste néanmoins majoritaire, et la faible rémunération forfaitaire qui existait est maintenue.

Cependant, le véritable départ du P4P n'a pas eu lieu avec l'inscription du paiement à la performance dans la convention médicale, il ne s'est agi en réalité ici que de sa généralisation. Il a eu lieu deux ans avant, avec la possibilité pour chaque médecin généraliste de signer un

contrat de gré à gré avec l'Assurance Maladie dit « d'amélioration des pratiques individuelles.

Tableau n°3 : récapitulatif de l'évolution de l'organisation de la médecine libérale en France de 1928 à 2009. *Source : Samson AL. Faut-il remettre en cause le paiement à l'acte des médecins. 2009; 144–58.*

Année	Principales réformes
La défense de la médecine libérale	
1928	Assemblée constitutive de la CSMF (5 principes de défense de la médecine libérale)
1945	Tarifs fixés par des conventions départementales – médecins très divisés
Un tournant majeur dans l'histoire de la médecine libérale	
1969	1 ^{er} accord national sur le tarif de la consultation (fixé à 13 francs)
1971	1 ^{ère} convention nationale : élaboration d'un tarif opposable en échange de l'exonération d'une partie des cotisations sociales des médecins
1972	Instauration du <i>numerus clausus</i> à l'entrée des études de médecine (stable autour de 8 600 places pendant 6 ans)
1972	Création de la NGAP (nomenclature générale des actes professionnels) qui fixe la valeur des actes médicaux définis par des lettres clés
1976	2 ^{ème} convention nationale : réglementation sur le « droit permanent à dépassement » des tarifs fixés
1978	Début de la forte diminution du <i>numerus clausus</i>
Des politiques marquées par la volonté de maîtrise des dépenses de santé	
1980	3 ^{ème} convention nationale : création du secteur 2 (forte opposition des médecins généralistes)
1985	4 ^{ème} convention nationale
1986	Création du 1 ^{er} syndicat de médecins généralistes (MG France) – enjeu principal : la revalorisation universitaire et financière de la médecine générale par rapport à la médecine spécialisée.
1988	MICA (mécanisme d'incitation à la cessation d'activité) des médecins libéraux – conditions d'accès

	facilitées à partir de 1996
1990	5 ^{ème} convention nationale : gel du secteur 2
1993	6 ^{ème} convention nationale : références médicales opposables, « objectifs quantifiés nationaux » en matière de maîtrise des dépenses de santé, création des unions professionnelles régionales pour améliorer la gestion et la qualité du système de santé...
1996	Ordonnances Juppé (enveloppe globale)
1998	8 ^{ème} convention nationale (uniquement pour les médecins généralistes) : mise en place du médecin référent
2005	9 ^{ème} convention nationale : mise en place du dispositif de médecin traitant
2009	10 ^{ème} convention nationale (en cours) : conditions sur la liberté d'installation, contrôle des dépassements,...

I.2.3/ Le Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles

Définition

Le Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelle (CAPI) créé à l'initiative de l'Assurance Maladie s'inscrit dans la succession des mesures de maîtrise médicalisée. (69) Il s'agit d'une rémunération sur objectifs individuels liés à des indicateurs proposés par l'Assurance Maladie et non négociés collectivement avec les médecins libéraux conventionnés.

Le CAPI est un contrat de trois ans volontaire et réversible passé entre un médecin généraliste et la caisse d'Assurance Maladie. (Annexe n°1) Le médecin peut le rompre à tout moment.

Son objectif affiché par l'Assurance Maladie est un meilleur investissement dans la qualité des soins visant une amélioration des pratiques médicales au profit des patients. Cette mesure doit tendre à améliorer l'efficacité du système de soin en contrôlant les dépenses de santé.

Ce contrat porte sur trois axes :

- la médecine préventive
- le suivi de pathologies chroniques
- l'optimisation des prescriptions

Ces trois axes s'inscrivent dans une volonté de l'Assurance Maladie de soutenir les actions de santé publiques, d'homogénéiser les pratiques médicales en se référant aux recommandations et de développer le recours aux génériques.

Il existe des critères d'éligibilité pour le CAPI :

Il faut être médecin généraliste libéral installé conventionné secteur 1 et avoir une activité suffisante sur au moins 13 des 16 indicateurs.

Les seuils minimaux établis correspondant soit à un nombre de patients, soit à un nombre de boîtes de médicaments remboursées.

La rémunération du médecin signataire est fonction du pourcentage de réalisation des objectifs demandés. Les objectifs sont fixés à trois ans, mais il existe des objectifs intermédiaires en cours de contrat. Le Contrat d'Amélioration des Pratiques consiste ainsi en une rémunération selon l'atteinte d'objectifs mais aussi selon les progrès réalisés.

Le montant maximal attribué par patient, au cas où le médecin atteint 100% de l'objectif est de 7 euros. Ainsi par exemple un médecin déclaré médecin traitant de 1 000 patients peut obtenir au maximum 7 000 euros grâce au CAPI.

Les sommes engagées par la sécurité sociale sont censées être compensées par les économies en terme de dépenses de santé engendrées. Le médecin signataire peut suivre l'évolution de ses objectifs intermédiaires et finaux sur le site internet ameli.fr. Il bénéficie également de visites régulières des déléguées de l'Assurance Maladie (DAM) à son cabinet qui lui présentent les statistiques de l'évolution de ses résultats.

I.2.3.1/ Ses indicateurs

Quatre indicateurs concernent la prévention, cinq indicateurs sur le suivi des pathologies chroniques et sept sur l'optimisation des prescriptions. (Annexe n°2) Les objectifs cibles et intermédiaires sont communs à l'ensemble des médecins signataires.

Ils ont été préalablement définis par l'Assurance Maladie, sans qu'une procédure de fabrication n'ait été formellement décrite. Ils semblent résulter des recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) et de l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS). Il est prévu qu'ils évoluent selon les données de la science.

Neuf des objectifs du CAPI sont des objectifs de soins regroupés sous le thème « dépistage et prévention, suivi de pathologies chroniques ». Il s'agit de :

- vacciner davantage de personnes âgées de plus de 65 ans contre la grippe saisonnière
- augmenter la participation au dépistage organisé des cancers du sein
- augmenter la proportion de patients traités par antihypertenseur qui ont normalisé leurs chiffres tensionnels (140/90 mmHG)
- diminuer la proportion de patients âgés de plus de 65 ans traités par des médicaments dits « vasodilatateurs » ou par des benzodiazépines à demi-vie longue.

Pour les patients diabétiques, les objectifs portent sur la fréquence des dosages d'HbA1c, celle des examens ophtalmologiques ainsi que sur la part des prescriptions de statines chez les patients qui sont traités par antihypertenseurs. Les objectifs intéressent également la part de prescription d'aspirine à visée antiagrégant chez les patients diabétiques traités aussi par antihypertenseurs et statines.

Enfin cinq objectifs sont regroupés sous le thème « optimisation de prescription » ils présentent des objectifs à visée économique. En effet il s'agit d'augmenter la part des médicaments inscrits dans le répertoire français des groupes génériques. Les deux autres objectifs de ce thème visent une priorité de soins et une économie, en incitant à privilégier les

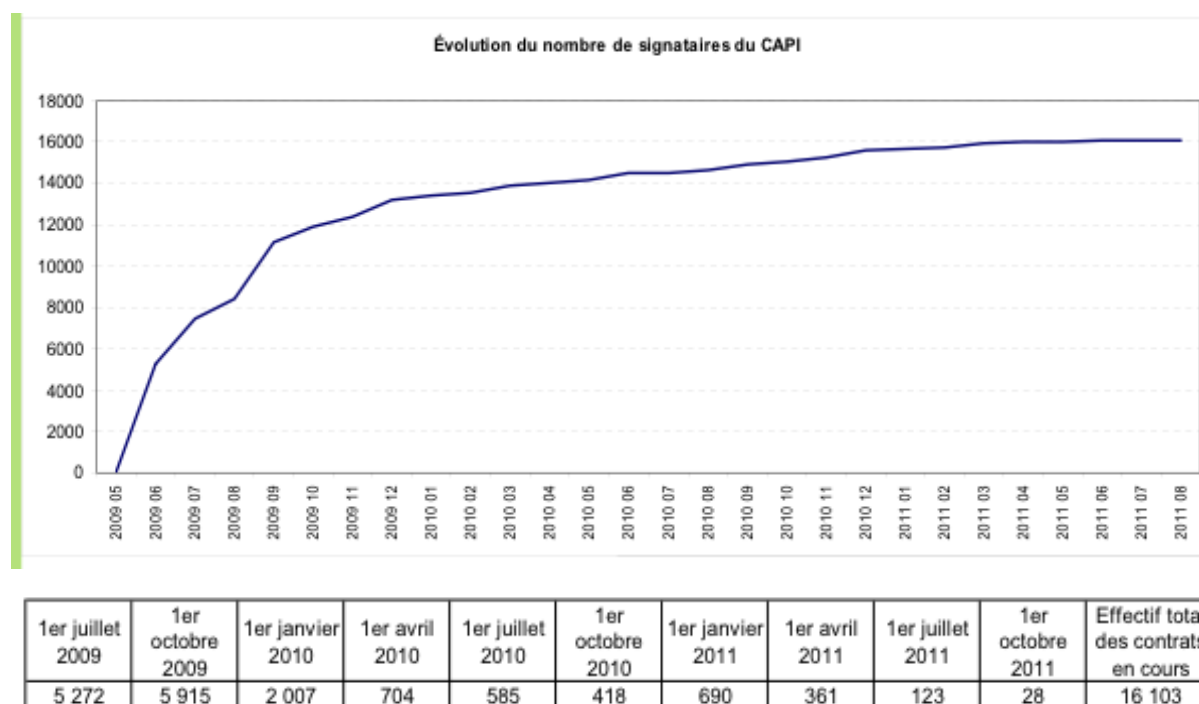
inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC) par rapport aux sartans dans la prescription des antihypertenseurs, et l'aspirine comme antiagrégant plaquettaire. (70)

I.2.3.2/ Son taux d'adhésion : un relatif succès

Les premiers CAPI signés en mars 2009 ont pris effet au 1^{er} juillet 2009. En décembre 2009 on comptait 12 600 médecins signataires, pour atteindre un nombre de 16 103 en août 2011 sur 42 590 médecins éligibles. Malgré l'hostilité des syndicats et du Conseil de l'Ordre des médecins, (48) le CAPI peut être considéré comme un succès, du point de vue du nombre d'adhérents.

Graphique & Tableau n°4 : Évolution du nombre de médecins signataires de 2009 à 2011

Source : Ulmann Philippe. La rémunération des médecins sur objectifs de santé publique : premiers résultats et avancées de la convention médicale. L'Assurance Maladie, 2011.



I.2.3.3/ Ses résultats : une relative réussite ?

La CAPI semble être une relative réussite du point de vue des indicateurs mesurés selon les résultats établis par la sécurité sociale. (71)

L'état des lieux avant la signature du CAPI établit des activités et des taux de prescriptions en rapport aux indicateurs similaires entre les signataires et les non-signataires. Il n'existe pas de différence significative entre les deux groupes.

Tableau n°5 : Les taux des indicateurs au départ, fin juin 2009, des signataires et des non-signataires. *Source : Assurance Maladie, 12 600 médecins traitants ont adhéré au CAPI en 6 mois. Décembre 2009.*

Indicateurs	Médecins signataires du CAPI	Médecins non signataires
Vaccination anti grippale	63,1%	63,2%
Dépistage du cancer du sein	65,5%	65,4%
vasodilatateurs	13,1%	13,8%
benzodiazépines à 1/2 vie longue	15,3%	15,3%
dosages d'HbA1c	39,9%	40,1%
fond d'œil	43,7%	43,5%
diabétiques sous HTA et statines	53,9%	53,4%
diabétiques sous HTA, statines et aspirine faible dose	41,7%	41,0%
Antibiotiques (génériques)	69,6%	68,9%
IPP (génériques)	62,3%	60,8%
Statines (génériques)	41,3%	40,6%
HTA (génériques)	49,8%	49,8%
Antidépresseurs (génériques)	69,8%	69,1%
IEC/(IEC+sartans)	39,6%	39,7%
aspirine faible dose / AAP	79,6%	79,5%

Le suivi de l'évolution des indicateurs a été effectué par l'Assurance Maladie et nous permet de réaliser que des améliorations existent dans les deux groupes mais qu'elles semblent moins prononcées chez les non-signataires après un an.

Tableau n°6 : CAPI, 1ers résultats à un an d'expérience, l'Assurance Maladie (2010)

Source : L'Assurance Maladie. Point d'information : Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles (CAPI): une dynamique au bénéfice des patients. 2010.

Résultats des médecins signataires et non-signataires du CAPI *
Période 1^{er} juillet 2009 – 1^{er} juillet 2010

indicateur	signataires au 1er juillet 2009			non signataires		
	taux initial	taux à fin juin 2010	évolution	taux initial	taux à fin juin 2010	évolution
grippe	63.8%	64.4%	0.7	63.3%	63.6%	0.3
mammographie	65.3%	65.3%	0.0	65.2%	65.1%	-0.1
vasodilatateurs	13.7%	11.8%	-1.9	14.2%	12.7%	-1.5
benzodiazépines à 1/2 vie longue	15.7%	14.7%	-1.0	15.5%	14.9%	-0.6
dosages d'HbA1c	40.3%	44.6%	4.2	39.8%	41.0%	1.2
fond d'œil	42.8%	44.6%	1.8	42.0%	42.6%	0.6
diabétiques sous HTA et statines	53.1%	57.0%	3.9	52.7%	55.0%	2.2
diabétiques sous HTA, statines et aspirine faible dose	41.7%	47.1%	5.4	40.8%	42.1%	1.3
antibiotiques	71.2%	70.2%	-1.0	70.7%	68.8%	-2.0
IPP	44.8%	63.6%	18.9	42.2%	57.5%	15.3
statines	42.6%	42.5%	-0.2	41.6%	38.7%	-3.0
anti-hypertenseurs	49.7%	61.6%	11.9	49.6%	61.0%	11.4
antidépresseurs	70.1%	67.7%	-2.4	69.6%	66.4%	-3.1
IEC/(IEC+sartans)	40.0%	41.3%	1.4	40.0%	39.5%	-0.5
aspirine faible dose	79.7%	81.2%	1.4	79.4%	80.0%	0.6

Objectifs décroissants

* Echantillon observé : 5 355 médecins signataires

L'amélioration des indicateurs est constante. Fin juin 2011, les signataires avaient globalement des résultats supérieurs aux non-signataires.

Cet avantage était particulièrement marqué sur les indicateurs du suivi des pathologies chroniques et sur les taux de prescription dans le répertoire des génériques pour les IPP (inhibiteurs de la pompe à protons) et les statines.

Les tableaux suivants nous présentent les résultats à deux ans communiqués par l'Assurance Maladie. (72)

Tableaux n°7 & n°8 : CAPI, résultats à 2 ans communiqué par l'Assurance Maladie (2011)

Source : Ulmann Philippe. La rémunération des médecins sur objectifs de santé publique : premiers résultats et avancées de la convention médicale. L'Assurance Maladie, 2011.

3 premières vagues de signataires	Signataires aux 1ers juillet 2009, octobre 2009, janvier 2010			Non signataires éligibles		
	Taux à fin Juin 2009	Taux à fin Juin 2011	écart en points	Taux à fin Juin 2009	Taux à fin Juin 2011	écart en points
antibiotiques	69.7%	78.1%	8.4	68.8%	76.5%	7.7
IPP	62.3%	63.0%	0.7	60.6%	54.1%	-6.5
statines	41.4%	42.3%	0.9	40.5%	36.2%	-4.3
anti-hypertenseurs	49.8%	63.9%	14.1	49.7%	62.9%	13.2
antidépresseurs	69.9%	67.5%	-2.4	69.0%	65.2%	-3.8
IEC/(IEC+sartans)	39.6%	40.8%	1.3	39.7%	38.4%	-1.4
aspirine faible dose	79.6%	82.1%	2.5	79.5%	80.8%	1.3

3 premières vagues de signataires	Signataires aux 1ers juillet 2009, octobre 2009, janvier 2010			Non signataires éligibles		
	Taux à fin Juin 2009	Taux à fin Juin 2011	écart en points	Taux à fin Juin 2009	Taux à fin Juin 2011	écart en points
Grippe	63.1%	57.5%	-5.6	63.3%	57.4%	-5.9
Mammographie	65.6%	65.0%	-0.6	65.4%	64.7%	-0.7
Vasodilatateurs	13.1%	9.9%	-3.2	13.9%	11.5%	-2.3
Benzodiazépines à 1/2 vie longue	15.2%	13.9%	-1.4	15.3%	14.6%	-0.7
Dosages d'HbA1c	40.0%	47.0%	7.0	40.1%	42.4%	2.3
Fond d'œil	43.7%	45.1%	1.4	43.4%	42.2%	-1.2
Diabétiques sous HTA et statines	54.0%	59.1%	5.1	53.5%	56.3%	2.8
Diabétiques sous HTA, statines et aspirine faible dose	41.6%	49.0%	7.4	40.9%	43.0%	2.0

70% des médecins de la première vague ont reçu une rémunération dès la première année et 77% la deuxième année (3 000 euros puis 3 250 euros en moyenne). Il existe néanmoins des disparités géographiques. (72)

Dans les communiqués de l'Assurance Maladie, le CAPI est perçu comme une réussite du point de vue de la progression des indicateurs.

1.2.4 La nouvelle convention de 2011 : introduction de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP)

Fort de ce succès, la nouvelle convention de 2011 pérennise le paiement à la performance qu'elle rebaptise rémunération sur objectifs de santé publique. Le CAPI est abrogé par décision du directeur général de l'UNCAM et publié au journal officiel le 21/11/11. La nouvelle convention est publiée au journal officiel le 25 septembre 2011.(1)

L'UNCAM et les syndicats se mettent d'accord et le paiement à l'acte reste le socle de la rémunération de la médecine libérale.

Toutefois, ils s'accordent sur la nécessité de mettre en place de nouveaux modes de rémunération complémentaires.

Les médecins ne souhaitant pas bénéficier du paiement à la performance ont la possibilité de le notifier par lettre recommandée avec accusé de réception à la caisse au moment de leur adhésion à la convention, dans les trois mois suivant la publication au Journal officiel de la nouvelle convention, ou dans les trois mois suivant leur installation pour les nouveaux installés. Ce choix de non adhésion est réversible à tout moment.

Le 11 Avril 2013, la CNAM a présenté le bilan du ROSP pour sa première année de mise en œuvre.

Le taux de refus du paiement à la performance a été très minoritaire et a concerné 2,8 % des médecins généralistes français, soit environ 1700 praticiens. (73)

1.2.4.1 Ses indicateurs

Les indicateurs portant sur l'organisation du cabinet, nouveauté par rapport au CAPI, mesurent l'utilisation des logiciels métiers professionnels pour la gestion des données du dossier médical et celle des logiciels d'aide à la prescription afin d'optimiser le suivi des patients et leur prise en charge. Le dossier médical est voué à évoluer vers un dossier

communiquant qui pourra à terme bénéficier d'un accès partagé entre les différents intervenants professionnels. Favoriser la télétransmission fait aussi partie des indicateurs d'organisation du cabinet. (Annexe n°3)

Les indicateurs portant sur la qualité des pratiques sont plus nombreux que dans le CAPI et se divisent selon ces thèmes : (Annexe n°4)

- le suivi de pathologies chroniques avec de nouveaux indicateurs portant sur les résultats des dosages de LDL cholestérol
- prévention et dépistage des mesures de santé publique (vaccination antigrippal, dépistage cancer du sein, cancer du col de l'utérus ...)
- et des indicateurs d'efficience portant sur les prescriptions dans le répertoire des génériques, les mêmes mesures que dans le CAPI

Quelques indicateurs de suivi sont transmis directement par le médecin sans que les outils permettant une vérification régulière de ces données déclaratives ne soient disponibles :

- la mesure de la pression artérielle dans l'HTA
- les résultats du dosage de l'HbA1c
- les résultats du dosage du LDL cholestérol

I.2.4.2 Calcul de la rémunération:

Le dispositif de rémunération est organisé au moyen d'un système de points attribués à chaque objectif en fonction de la réalisation ou non de l'objectif. Chaque indicateur est indépendant des autres.

L'ensemble du dispositif est basé sur un total de 1 300 points (correspondant pour chaque indicateur à un taux de réalisation de 100%), valorisés indicateur par indicateur.

Pour les indicateurs portant sur l'organisation du cabinet et la qualité de service, le nombre de points attribués est indépendant du nombre de patients à l'exception de l'indicateur relatif à la synthèse annuelle du dossier informatisé réalisée par le médecin traitant.

Pour les indicateurs portant sur la qualité des pratiques plusieurs facteurs entrent en ligne de compte :

- le nombre de points attribué à cet indicateur.
- le niveau constaté du médecin, calculé chaque année.

- le niveau initial du médecin, défini à partir de la situation médicale initiale du médecin au moment de l'entrée en vigueur du dispositif ou de l'adhésion du médecin à la convention lors d'une nouvelle installation (T0).
- l'objectif intermédiaire du médecin, déterminé en fonction de la distribution actuelle des médecins au regard de cet indicateur.
- l'objectif cible du médecin déterminé selon l'indicateur, commun à l'ensemble des médecins.
- le volume de la patientèle, avec une patientèle moyenne définie à 800 patients, permettant de pondérer la rémunération à l'activité du médecin.

Par la suite, un taux de réalisation est calculé selon le niveau constaté de l'indicateur.

Schématiquement, si le niveau constaté est inférieur à l'objectif intermédiaire, le taux de réalisation ne dépendra que de la progression sans pouvoir excéder 50%. Si le niveau constaté se situe entre l'objectif intermédiaire et l'objectif principal, le taux de réalisation sera situé entre 50% et 100% selon la différence entre taux réalisé et objectif intermédiaire. Si l'objectif principal est réalisé, le taux de réalisation est alors de 100%.

Le taux de réalisation est par la suite multiplié par le nombre de points attribués à l'indicateur. Puis ce nombre de points est pondéré par le volume de la patientèle de médecin ramené à une patientèle standard définie à 800 patients. On note ainsi que la ROSP fait rentrer une forme de capitation dans la rémunération des médecins français de par sa relative proportionnalité à la taille de la patientèle.

Le nombre de points obtenus est alors multiplié par la valeur de base du point, soit 7 euros permettant d'obtenir la somme que le médecin perçoit pour cet indicateur.

Il est à noter qu'une première installation en libéral est soutenue en majorant la valeur du point pendant une durée de trois ans et que les parties conventionnelles conviennent d'examiner la possibilité d'adapter les modalités de ces rémunérations pour tenir compte des conditions d'exercice des praticiens exerçant dans les zones urbaines sensibles.

I.2.4.2 Bilan de la ROSP deux an après sa mise en place:

I.2.4.2.1/Bilan financier

L'ensemble des médecins généralistes rémunérés au titre de la rémunération sur objectifs de santé publique (85 187 médecins) ont perçu en moyenne chacun une somme annuelle de 4 003 euros.(74) Cela correspond en moyenne à une augmentation de 3,9% de leurs revenus.

Sur le plan macroéconomique, l'ensemble de la rémunération sur objectifs de santé publique pour 2013 représente une dépense de 341 millions d'euros.(75)

I.2.4.2.2/Bilan de l'évolution des indicateurs :

Concernant le suivi des maladies chroniques, on note une amélioration de la fréquence du dosage de l'HbA1C ainsi qu'une mise plus fréquente sous aspirine des patients diabétiques à haut risque cardiovasculaire. Les autres indicateurs comme le suivi ophtalmologique des diabétiques ou la mise sous traitement par statine des diabétiques à haut risque cardiovasculaire n'ont quant à eux pas évolué.

Tableau 9 : Evolution des indicateurs « suivi des maladies chroniques »

Source : CNAMTS. Communiqué de presse : La rémunération sur objectifs de santé publique deux ans après: des progrès significatifs en faveur de la qualité et de la pertinence des soins, 2014.

Suivi des maladies chroniques : Indicateurs cliniques calculés 2012 et 2013

		Indicateurs	Objectifs cibles	Résultats à fin décembre 2011	Résultats à fin décembre 2012	Résultats à fin décembre 2013	Évolution en points Dec 2012 - Déc 2011	Évolution en points Dec 2013 - Déc 2011	Évolution en points Dec 2013 - Déc 2012
Suivi des maladies chroniques	HbA1c	Part des patients diabétiques ayant eu 3 ou 4 dosages de l'hémoglobine glyquée dans l'année	>= 65 %	45.9%	48.7%	51.9%	2.7	6.0	3.2
	Suivi ophtalmologique	Part des patients diabétiques ayant eu une consultation d'ophtalmologie ou un examen du fond d'œil dans les deux dernières années	>= 80 %	61.3%	61.5%	61.4%	0.1	0.0	-0.1
	Diabétiques à haut risque cardiovasculaire sous statines	Part des patients diabétiques (hommes de plus de 50 ans et femmes de plus de 60 ans) traités par antihypertenseurs qui ont bénéficié d'un traitement par statine	>= 75 %	58.3%	59.9%	60.0%	1.7	1.7	0.1
	Diabétiques à haut risque cardiovasculaire sous statines et aspirine faible dose	Part des patients diabétiques (hommes de plus de 50 ans et femmes de plus de 60 ans) traités par antihypertenseurs et statines qui ont bénéficié d'un traitement par aspirine faible dosage ou anticoagulant	>= 65%	51.6%	53.5%	56.1%	1.9	4.5	2.6

Concernant le volet prévention/dépistage

Il y a eu une diminution (souhaitée) du nombre de vasodilatateurs délivrés. Cette baisse n'a par contre pas été observée concernant les antibiotiques et les benzodiazépines.

L'indicateur concernant la vaccination antigrippale s'est, quant à lui, légèrement détérioré entre 2012 et 2013, il en va de même avec l'indicateur du dépistage du cancer du sein. Le dépistage du cancer du col de l'utérus est resté stable.

Tableau 10 : Evolution des indicateurs « prévention et dépistage»

Source : CNAMTS. Communiqué de presse : La rémunération sur objectifs de santé publique deux ans après: des progrès significatifs en faveur de la qualité et de la pertinence des soins, 2014.

	Indicateurs	Objectifs cibles	Résultats à fin décembre 2011	Résultats à fin décembre 2012	Résultats à fin décembre 2013	Évolution en points Dec 2012 - Déc 2011	Évolution en points Dec 2013 - Déc 2011	Évolution en points Dec 2013 - Déc 2012	Indicateurs	
Prévention du risque iatrogène	Vasodilatateurs	Part des patients de plus de 65 ans traités par vasodilatateurs dans l'année	<= 5%	10.6%	7.1%	1.3%	-3.5	-9.3	-5.8	Indicateurs à objectif descendant
	Benzodiazépines à demi-vie longue	Part des patients de plus de 65 ans traités par benzodiazépines à demi-vie longue dans l'année	<= 5%	13.7%	12.1%	11.3%	-1.6	-2.4	-0.8	
	Durée de traitement par benzodiazépines	Part des patients ayant débuté un traitement par benzodiazépines et dont la durée de traitement est supérieure à 12 semaines	<= 12%	15.0%	15.9%	14.8%	0.9	-0.2	-1.1	
	Antibiothérapie	Nombre de prescriptions d'antibiotiques réalisées pour 100 patients âgés de 16 à 65 ans sans ALD dans l'année	<= 37	45.7	44.3	43.5	-1.4	-2.2	-0.7	
Prévention vaccination / dépistage	Grippe 65 ans et +	Part des patients 65 ans et plus vaccinés contre la grippe saisonnière	>= 75 %	57.8%	56.4%	55.0%	-1.4	-2.8	-1.4	
	Grippe 16-64 ans en ALD	Part des patients de 16 à 64 ans en ALD ciblés par la campagne et vaccinés contre la grippe saisonnière	>= 75 %	35.4%	35.0%	34.0%	-0.5	-1.4	-0.9	
	Cancer du sein	Part des patientes de 50 à 74 ans ayant bénéficié d'une mammographie dans les deux dernières années	>= 80 %	64.9%	64.8%	63.9%	-0.1	-1.0	-0.9	
	Cancer du col de l'utérus	Part des patientes de 25 à 65 ans ayant bénéficié d'un frottis au cours des trois dernières années	>= 80 %	58.7%	57.5%	57.5%	-1.2	-1.2	0.1	

Concernant l'efficacité des prescriptions, on note une amélioration globale de la prescription dans le champ des génériques.

Tableau 11 : Evolution des indicateurs « efficacité des prescriptions»

Source : CNAMTS. Communiqué de presse : La rémunération sur objectifs de santé publique deux ans après: des progrès significatifs en faveur de la qualité et de la pertinence des soins, 2014.

	Indicateurs	Objectifs cibles	Objectifs cibles	Résultats à fin décembre 2011	Résultats à fin décembre 2012	Résultats à fin décembre 2013	Évolution en points Dec 2012 - Déc 2011	Évolution en points Dec 2013 - Déc 2011	Évolution en points Dec 2013 - Déc 2012
Efficacité des prescriptions	Antibiotiques	Part de prescriptions d'antibiotiques réalisées sur les molécules disposant d'un générique (en nombre de boîtes) sur les 12 derniers mois	>= 90 %	78.6%	80.9%	81.5%	2.3	2.9	0.5
	IPP	Part de prescriptions d'IPP réalisées sur les molécules disposant d'un générique (en nombre de boîtes) sur les 12 derniers mois	>= 85 %	71.3%	83.1%	96.3%	11.8	25.0	13.2
	Statines	Part de prescriptions de statines réalisées sur les molécules disposant d'un générique (en nombre de boîtes) sur les 12 derniers mois	>= 70 %	38.2%	53.8%	65.3%	15.6	27.1	11.5
	Antihypertenseurs	Part de prescriptions d'antihypertenseurs réalisées sur les molécules disposant d'un générique (en nombre de boîtes) sur les 12 derniers mois	>= 65 %	64.1%	72.6%	79.9%	8.5	15.8	7.3
	Antidépresseurs	Part de prescriptions d'antidépresseurs réalisées sur les molécules disposant d'un générique (en nombre de boîtes) sur les 12 derniers mois	>= 80 %	66.0%	66.5%	68.2%	0.5	2.2	1.7

I.3/ Le paiement à la performance met-il en tension des principes d'ordre éthique ?

I.3.1/ Normes, médecine et rémunération

Parmi les auteurs de référence s'interrogeant sur l'application des normes au domaine médical, Georges Canguilhem nous montre dans son œuvre majeure « Le normal et le pathologique » comment l'idée d'une physiologie a été élaborée non seulement à partir d'une pathologie mais aussi à travers des nécessités cliniques.(76)

Son questionnement procède du fait que la médecine lui apparaît davantage comme un art au carrefour de plusieurs sciences plutôt que comme une science proprement dite.

Ses interrogations sur la norme dépassant le strict cadre médical, il fait régulièrement appel aux réflexions menées par plusieurs philosophes.

Spinoza, par exemple, dans sa proposition 47 de la troisième partie de son œuvre

«L'éthique » souligne « *qu' il n'existe pas de norme ou de normes de vie en général valant indifféremment pour tous les individus, dont les formes d'existence seraient ainsi soumises à un principe d'ordre ou de classification déterminé en dehors d'elles.* » (77)

Il fait également appel à des réflexions de médecins, comme Claude Bernard et René Leriche, qui problématisent pour leur part la notion de « passage ». Il s'agit pour ces penseurs de questionner le changement d'état, s'il y a lieu, entre le normal et le pathologique. Ces derniers affirment l'absence de différenciation stricte en nature et plaident pour leurs caractères continus et indiscernables, « *lorsqu'on passe d'un état à l'autre sans transition ce sont des effets de la chose elle-même qui permettent une différenciation de la physiologie à la pathologie il n'y a pas de seuil.* »(78) Entendons-nous bien, dans cette dernière formule il n'y a pas de seuil quantitatif décelable par des méthodes objectives de mesure, mais il y a bien distinction et opposition qualitatives par les effets différents de la même cause quantitativement variable.

Cependant, alors que Claude Bernard déclare dans son « Introduction à l'étude de la médecine expérimentale » : «*les maladies ne sont au fond que des phénomènes physiologiques*», sacrifiant ainsi la subjectivité du souffrant sur l'autel de la médecine scientifique, Georges Canguilhem rappelle que la médecine est née de l'appel du malade, de l'attention portée à sa souffrance et que, de ce fait, « *le souci de l'individualité souffrante qui constitue la raison d'être et la source doit en rester le cœur* ». Georges Canguilhem distingue le fait d'être

malade, d'être un sujet souffrant et le fait d'avoir une maladie, de devenir l'objet des sciences et des investigations médicales. Le patient est une personne toujours singulière qui souffre d'une maladie. Pour autant il n'est en rien réductible à celle-ci.

La philosophie de Georges Canguilhem pose que la relation entre le normal et le pathologique ne peut être définie qu'en fonction de l'individualité biologique d'une part et de son rapport au milieu d'autre part. Le pathologique consiste en effet dans l'expérience négative et répulsive que fait l'individu souffrant de la restriction de sa capacité d'action dans un environnement donné. Cette conception individuelle du normal et du pathologique amène Georges Canguilhem à définir la clinique et la thérapeutique comme des techniques normatives strictement individuelles et comme les activités essentielles du médecin. La thérapeutique visant la restauration, ou à une instauration de restauration, d'une normativité individuelle qui, si elle ne peut plus être identique au normal, à la santé perdue, doit néanmoins être conforme aux attentes du patient. Lui seul peut juger s'il fait sienne cette nouvelle normativité.

La primauté accordée à l'individualité contre la réduction moderne de la médecine à la science a conduit Georges Canguilhem à renouer avec l'inspiration de la médecine antique déployée par les thérapeutes Grecs. Ceux-ci considèrent la médecine comme prendre soin de l'être, du sujet dans son ensemble, tant sur le plan physiologique que sur le plan spirituel au sens traditionnel et religieux de l'époque.

Sa définition du normal en tant que rapport actif, inventif et singulier de l'individu à son milieu s'oppose à la réduction faussement scientifique de la norme individuelle à la moyenne collective.

Selon Canguilhem, l'expérience du vivant est et ne peut être qu'une expérience individuée : il n'y a pas d'expérience du vivant en général, mais seulement des expériences de vies singulières. En effet, pour Canguilhem, si les constantes physiologiques sont normales au sens statistique et ce faisant descriptif, elles ne le sont pas forcément au sens normatif.

Dès lors le processus normatif de la vie ne peut se réduire à la mise en application de normes préétablies ayant valeur de prescriptions déterminées. Il n'est pas question d'objectiver le vivant en le pliant à un ordre extrinsèque à sa nature de vivant selon ce qu'avait imaginé le statisticien Quetelet en développant son concept d'homme moyen.(79)

A cette théorie de l'homme moyen défendue par Quetelet, Halbwachs avait déjà opposé l'argument des variations portant nécessairement la marque du mode historico-social de structuration.(80)

Pour Pierre Macherey, élève de Canguilhem, il s'agit là de savoir si c'est la médecine qui convertit, et comment, en idéaux biologiques des concepts descriptifs et purement théoriques ou bien, si la médecine, en recevant de la physiologie la notion de faits et de coefficients fonctionnels constants ne recevrait pas aussi la notion de normes au sens normatif du mot. Ce faisant, il s'agit de savoir si la médecine ne reprendrait pas à la physiologie ce qu'elle même lui a donné.(81)

Or, la référence à des normes vitales peut poser problème. En effet, si ces normes sont interprétées comme des manifestations d'une puissance déjà toute constituée, la dynamique qu'elles impulsent serait alors arrêtée, fixée. Il s'agit dans ce cas de distinguer l'enjeu du passage d'une doctrine du normal à celle du normatif.

Cette problématique se trouve au cœur de la réflexion de Michel Foucault. Ce dernier est également revenu sur le développement des normes médicales dans « La naissance de la clinique ».(82) Il propose comme modèle géométrique de représentation la figure triangulaire de l'expérience. Au sommet, le malade occupe la place de l'objet regardé, sur un des deux autres côtés se tient le médecin, membre du « corps médical » dont le regard est reconnu compétent. Enfin, la troisième extrémité occupée par l'institution officialise et légitime socialement le rapport entre l'objet regardé et le sujet regardant.

Cette expérience du « dit » et du « vu » surplombe tout à la fois le malade et le médecin. Elle réalise une forme historique qui anticipe sur le vécu concret de la maladie en lui imposant ses propres modèles de reconnaissance. Ce dispositif serait à l'origine selon Foucault du déploiement d'un espace médical où la maladie est soumise à un regard à la fois normé et normant.

Qui plus est, ce regard décide des conditions de la normalité en soumettant l'individu à des critères de normativité communs :

« Dans la gestion de l'existence humaine, la médecine prend une posture normative, qui n'autorise pas seulement à distribuer des conseils de vie sage, mais la fonde à régenter les rapports physiques et moraux de l'individu et de la société où il vit » (page 35)

Michel Foucault a ainsi repéré dans le mouvement d'extension sociale de la norme médicale une des caractéristiques essentielles de la modernité. (83)

Cette analyse n'est pas sans conséquence du point de vue éthique ; il craint en effet que cette ultime extension de la norme médicale puisse conduire à une nouvelle occultation de la mission soignante de la médecine de même qu'à la disparition de la clinique de l'individu.

Loin d'être un thème de prédilection du penseur de la bio-politique, le débat sur la normalisation médicale reste toujours d'actualité.

Pour preuve, Céline Lefèvre, philosophe du centre Canguilhem, s'inquiète elle aussi de cette « *médecine scientifique de la maladie* » qui risque d'occulter le sujet souffrant et de sa singularité biographique. (84)

Avec elle, d'autres philosophes contemporains attribuent également à la normalisation extrême de la médecine un rôle conséquent dans les difficultés auxquelles la médecine est aujourd'hui confrontée.

Ainsi, dans sa thèse de philosophie soutenue en 2012, Alexandre Klein estime en effet que la subjectivité apparaît aujourd'hui au corps médical comme un problème parce que l'anthropologie qui fondait tant la pratique que le discours médical contemporain n'est plus à même de prendre en charge le sens que les sujets effectifs, les membres du corps social que sont les acteurs médicaux, attribuent à cette notion.

Il soutient également que depuis le XVIII^e siècle jusqu'à l'apparition d'un discours autonome des usagers de santé, le processus de la formation du corps médical reposait sur « *sa capacité à répondre à la question fondatrice des possibilités d'objectivation scientifique et technique de la subjectivité humaine* ». (85)

Pour Klein, cette image de l'« homme normal » qui remplace l'individu, permet au discours médical de conquérir l'acquisition de son autonomie professionnelle : celle du corps politique. Trois territorialisations : la première celle du corps malade, la seconde celle de la vie humaine et enfin la troisième celle du corps social et politique, loin de se constituer de manières successives se sont entrecroisées simultanément, tout au long du XIX^e siècle, mais ont néanmoins conduit la médecine à être finalement reconnue, à l'aube du siècle suivant, comme une discipline scientifique et professionnelle pouvant revendiquer le monopole de la santé.

Dans son combat incessant contre la mort et grâce à la connaissance scientifique du corps malade individuel ou collectif, ou tout au moins en revendiquant une efficacité scientifique et technique croissante, la médecine a gagné la confiance du corps social. En conséquence de quoi elle a conquis l'appui du corps politique au point de devenir une profession autonome à part entière. La médecine moderne s'est forgée, à mesure qu'elle se concrétisait, une image

lisse et idéalisée de sa propre activité à laquelle les médecins, les politiques comme le public pourraient adhérer : celle d'une pratique techniquement efficace parce que fondée sur une connaissance scientifique assurée de son objet. Ce modèle déjà idéologique voire mythique, mais rassurant, d'une médecine comme technoscience pratiquée par un ingénieur de l'être vivant, qu'il soit le sujet individuel ou collectif, est censé lui permettre de franchir un stade nouveau de son évolution : celui de son devenir contemporain.

L'apparition de l'*Evidence-Based Medicine*, puis son adoption comme référent par la médecine française, étend l'objectivation des corps des malades à celui des médecins qui se voient dès lors retirés toute leur subjectivité de praticien au profit d'un système de normes scientifiques entièrement prédéfini et clos.

Même la bioéthique, qui spécifie comme un second volet la médecine contemporaine, n'offre pas, pour Klein, d'ouverture vis-à-vis du paradigme dominant, puisque sous couvert de réintroduire de la subjectivité humaine dans une médecine entièrement *technoscientifisée*, elle formaliserait seulement la figure d'un citoyen révolutionnaire supposé en être au fondement.

Le modèle anthropologique moderne de l'« homme normal », qui s'est constitué au cours des XVIII^e et XIX^e siècles pour permettre à la médecine d'acquérir la scientificité nécessaire à son autonomisation professionnelle, se fonde sur une conception de l'objectivité qui exclut entièrement l'observateur comme l'observé, le praticien comme le malade.

Le paiement à la performance pourrait donc, dans ce cadre, être considéré comme un outil supplémentaire visant à normaliser les pratiques médicales tout en renforçant l'exclusion de toute singularité. Au pire, dans une logique marchande, la bonne observance des patients pourrait être un moyen pour augmenter les revenus des médecins. Il apparaît ici que le P4P puisse, dans ce cadre, entrer en contradiction avec une conception kantienne de l'éthique médicale. (86)

Il en irait différemment dans un paradigme conséquentialiste dont une variante est l'utilitarisme, pour lequel ce qui est primordial est d'aboutir à l'augmentation du bien-être général. Le P4P étant considéré comme un moyen d'améliorer la qualité des soins, la santé et le bien-être du plus grand nombre dans un souci constant d'amélioration.

Devant la difficulté d'interroger les conséquences éthiques du P4P en recourant à deux conceptions qui aboutissent à des conclusions divergentes, il nous est apparu nécessaire et pertinent de faire appel à une analyse par principe.

I.3.2/ Influence supposée du P4P sur les 4 principes de l'éthique médicale de Beauchamp et Childress

L'approche par principes des problématiques éthiques a émergé des discussions engagées aux États-Unis dans les années 1970, notamment sur l'éthique des essais cliniques. Cette approche vise à déterminer des principes-repères susceptibles d'éclairer les pratiques médicales et les argumentations qui les accompagnent dès lors qu'elles engagent un rapport aux normes et aux valeurs: le principe d'autonomie, le principe de non-malfaisance, le principe de bienfaisance et le principe de justice. (87) Les rapports entre les principes et les éléments factuels, les rapports des différents principes entre eux sont dans ce cadre les problèmes qui structurent continûment la réflexion. L'approche par principes présente l'avantage d'être compatible avec le plus grand nombre des théories éthiques. En effet, elle est non seulement concordante avec les théories kantienne et utilitariste mais aussi avec la théorie consensualiste. En laissant place au compromis, à la médiation et à la négociation dans l'évaluation des principes en cas de conflits, elle incarne les valeurs fortes et structurantes de chacune de ces pensées.

Classiquement, nous pouvons rappeler que :

- le principe d'autonomie vise au respect de la liberté du patient,
- le principe de justice renvoie aux questions de répartition des ressources de santé nécessairement limitées,
- le principe de non malfaisance est directement inspiré du serment d'Hippocrate « primum non nocere » et enfin
- le principe de bienfaisance rappelle le devoir du médecin d'agir dans le meilleur intérêt du patient.

Dans le cadre du P4P, il semble apparaître une mise en tensions entre d'une part le principe d'autonomie, potentiellement remis en question et d'autre part, deux autres principes, justice et bienfaisance, qui eux pourraient se voir renforcés.

1.3.2.1 / Principe d'autonomie

Respecter l'autonomie, c'est au minimum reconnaître à la personne un droit à une représentation singulière de sa souffrance, un droit de faire des choix individués et enfin de décider d'actions fondées sur ses propres valeurs et croyances personnelles.

C'est l'impératif d'autonomie qui interdit au professionnel d'appliquer des règles normalisées. Le médecin peut ainsi agir avec ses patients sans que ses motivations ne soient le produit de l'intérêt égoïste. Le P4P peut en ce sens remettre en question le principe de l'autonomie, en encourageant le médecin à se concentrer prioritairement sur les objectifs des indicateurs, au risque de limiter ou de nier les attentes des patients.

L'ancien président de la HAS, Laurent Degos, a également souligné, outre la remise en cause de l'autonomie des patients, celle des médecins. « *Faut-il se laisser dire que, pour bien faire, l'on doit faire appel à la carotte ou au bâton administré par un tiers, comme cela se fait pour dompter un animal ? Faut-il encadrer la médecine dans des procédures, normes et prescriptions pour tout geste, ou laisser au soignant de l'autonomie (et du talent) face à la variabilité des situations ?* »(88)

Comment doit-on envisager l'intégration des intérêts instrumentaux dans le cadre d'une profession où le désintéressement, symboliquement évoqué dans le serment d'Hippocrate, est supposé être un principe fondateur ?(89)

À la protestation de l'auteur précité qui considère qu'un processus de déshumanisation est ici engagé s'ajoute l'idée, déjà présente dans l'avis du Conseil de l'Ordre,(48) que la qualité des soins nécessite que le médecin ne soit pas entravé dans sa liberté d'action afin de pouvoir exercer pleinement l'art médical face à des situations inédites et donc non disponibles à toute modélisation.

Cependant, pour Brigitte Dormont, Professeur d'économie, ces jugements se réfèrent à une figure du médecin qui reste idéale par sa perfection et son uniformité. Les médecins, selon elle, ne se comportent pas aussi bien que le médecin idéal utilisé comme référence par les contempteurs du paiement à la performance. (90) Dressant le constat d'une variabilité considérable des pratiques médicales, le P4P aurait l'avantage d'homogénéiser ces dernières et, en ce sens, promouvoir le principe de justice.

1.3.2.2/ Principe de justice

Introduire le paiement à la performance vise à promouvoir la santé publique par l'égalité d'accès aux soins de qualité et le développement des actes préventifs. L'organisation de la médecine générale en France n'incite pas aux actions de prévention ni à une prise en charge satisfaisante des maladies chroniques. C'est pourquoi, chercher à homogénéiser les pratiques médicales dans le sens des recommandations est un objectif conforme à un idéal de justice sociale.

Le P4P peut également favoriser le principe de justice en limitant les dépenses de santé, mais seulement à condition que les excédents soient utilisés d'une manière équitable.

Par ailleurs, les auteurs critiques du paiement à la performance adoptent souvent une hypothèse implicite de neutralité de l'existant. Actuellement prédominant, le paiement à l'acte est pourtant loin d'être neutre.(18) Il valorise le curatif aux dépens du préventif et encourage les consultations courtes afin de maximiser le revenu des praticiens. Dans ce sens, le P4P pourrait soutenir le principe de non malfaisance.

1.3.2.3/ Principe de non-malfaisance

Le P4P, du fait de son caractère additionnel à un mode de rémunération déjà existant et lui-même déjà porteur de dérives, pourrait tendre à minimiser ces dernières. C'est en ce sens que l'OMS et l'OCDE préconisent de mixer les modes de rémunération. (29) Cependant, il ne s'agit pas là d'un effet propre au P4P, mais plutôt de la conséquence d'une modification de l'existant.

Concernant l'effet isolé du P4P sur le principe de non malfaisance, une relative neutralité est attendue, sous réserve que les indicateurs choisis soient supportés par un haut niveau de preuve et que le renforcement de leur application ne soit pas susceptible d'entraîner des conséquences néfastes pour les patients. De ce point de vue, il convient d'être particulièrement prudent dans le choix des indicateurs sélectionnés.

1.3.2.4/ Principe de bienfaisance

L'étymologie du mot bienfaisance « *bene facere* » renvoie à la « bonne action à faire ».

Le bien du patient a été de tout temps le principe directeur de l'action médicale et de la relation médecin-patient. Ce principe représente le moteur qui sous-tend toute action de soigner et qui doit avoir pour objet de promouvoir le bien-être voire, dans un sens extensif, la qualité de vie. Il s'agit d'une conception du souci de l'autre qui renvoie à l'envie de

l'accompagner dans l'intention de se préoccuper positivement de son bien. Cette idée renvoie à la sollicitude chère à Paul Ricœur, qui estime que l'approche éthique de la médecine ne se satisfait pas seulement de soigner mais inclut aussi le fait d'avoir soin et d'avoir souci de l'autre. (11)

Cet enjeu du souci de l'autre a été particulièrement exploré dans l'éthique du *care* chère à Sandra Laugier et Pascale Molinier.(91)

Bien qu'il ne soit pas fait mention de « care » ou de « sollicitude » il est intéressant de noter que dans sa définition initiale, l'EBM est décrit comme une méthode visant « *à fonder les décisions cliniques sur les connaissances théoriques et sur les preuves scientifiques, tout en tenant compte des préférences des patients ainsi que le jugement et l'expérience du médecin* »(7)

Le P4P qui vise à encourager les médecins à délivrer les meilleures soins possibles au regard des données scientifiques pourrait en ce sens renforcer le principe de bienfaisance.

Evaluer « l'impact bienfaisant » du P4P revient donc en quelques sortes à évaluer l'efficacité du P4P quant à l'amélioration des pratiques.

1.3.3/ Synthèse des données actuelles de la science quant à l'efficacité du P4P à générer une amélioration des pratiques

La littérature médicale sur ce point est très abondante.

Deux articles parus dans le *New England Journal of Medicine* en 2007 et 2009, soit trois et cinq ans après l'introduction du QOF, dressaient un tableau très encourageant du P4P en terme d'amélioration des pratiques.(92,93) Les deux études montraient que les indicateurs, qui avaient déjà tendance à s'améliorer spontanément avant l'introduction du QOF, avaient subi une accélération d'amélioration suite à son introduction. Les indicateurs étudiés concernaient particulièrement les pathologies cardio-vasculaires, l'hypertension artérielle et l'asthme.

Pourtant, cette progression rapide s'est estompée avec le temps et la prise en charge des situations cliniques non incluses dans le panel de critères s'est dégradée.(94)

En France, la CNAM publie tous les ans les résultats des indicateurs de P4P choisis.

L'évolution des indicateurs communs au CAPI et à la ROSP est résumée dans le tableau ci-dessous :

Tableau 12 : Evolution des 12 indicateurs communs CAPI/ROSP

Source : CNAMTS. Communiqué de presse : La rémunération sur objectifs de santé publique deux ans après: des progrès significatifs en faveur de la qualité et de la pertinence des soins, 2014.

5. Evolution des 12 indicateurs communs CAPI/ROSP

Thème		200903	200912	201012	201112	201212	201312
Part des patients diabétiques ayant eu 3 ou 4 dosages d'HbA1c dans l'année	CAPI	39,6%	40,7%	43,4%	45,8%	48,5%	51,8%
	ROSP				45,9%	48,7%	51,9%
Diabétiques à haut risque cardiovasculaire sous statines	CAPI	52,9%	54,7%	56,6%	57,9%	59,2%	58,7%
	ROSP				58,3%	59,9%	60,0%
Dépistage du cancer du sein	CAPI	65,3%	65,8%	65,4%	64,8%	64,7%	63,8%
	ROSP				64,9%	64,8%	63,9%
Prescriptions dans le répertoire - antibiotiques	CAPI	71,0%	71,3%	76,7%	80,4%	81,9%	82,0%
	ROSP				78,6%	80,9%	81,5%
Prescriptions dans le répertoire - ipp	CAPI	42,9%	60,6%	58,3%	84,9%	85,2%	96,5%
	ROSP				71,3%	83,1%	96,3%
Prescriptions dans le répertoire - statines	CAPI	41,8%	41,7%	39,2%	37,7%	65,4%	65,1%
	ROSP				38,2%	53,8%	65,3%
Prescriptions dans le répertoire - antihypertenseurs	CAPI	49,6%	53,0%	62,3%	65,5%	77,3%	80,1%
	ROSP				64,1%	72,6%	79,9%
Prescriptions dans le répertoire - antidépresseurs	CAPI	69,9%	68,2%	66,2%	65,8%	67,8%	68,5%
	ROSP				66,0%	66,5%	68,2%
IEC / IEC+sartans	CAPI	39,9%	39,8%	39,3%	39,0%	39,5%	40,4%
	ROSP				39,4%	39,6%	40,4%
Part des patients sous aspirine faible dose parmi les patients sous AAP	CAPI	79,4%	79,9%	80,6%	81,8%	83,1%	84,2%
	ROSP				82,0%	83,3%	84,4%
Part des patients âgés de plus de 65 ans traités par vasodilatateurs	CAPI	13,9%	12,9%	11,5%	10,1%	6,7%	1,3%
	ROSP				10,6%	7,1%	1,3%
Part des patients âgés de plus de 65 ans traités par benzodiazépines à 1/2 vie longue	CAPI	15,4%	14,8%	14,6%	13,8%	12,3%	11,4%
	ROSP				13,7%	12,1%	11,3%

Si on peut noter globalement une tendance à l'amélioration des indicateurs suivis, il est difficile d'affirmer un lien de causalité avec le P4P. La principale limite tenant au faible niveau de preuve des études avant/après et à l'absence de groupe contrôle. De nombreux facteurs de confusion pourraient expliquer l'amélioration observée.

Il existe de nombreux travaux ayant tenté d'évaluer l'impact du P4P au-delà d'une étude avant/après. Certains ont introduit des groupes contrôles, qui ont même parfois été randomisés.

Plusieurs revues de la littérature ont essayé de synthétiser les résultats de ces travaux pour mieux appréhender les effets du P4P.

La première, menée par la Cochrane collaboration, a repris 7 études réalisées aux Etats Unis, en Grande Bretagne et en Allemagne. Elle conclut à un effet positif modeste et inconstant du paiement à la performance et souligne les biais des études analysées en particulier celui d'auto-sélection qui pourrait rendre l'effet positif relevé encore plus fragile.(95)

Plusieurs autres revues de la littérature ont depuis également été publiées (96–100)

Elles montrent des résultats très modestes, peut-être faute de recul. Bien qu'une tendance à l'amélioration des indicateurs mesurés soit globalement retrouvée, un lien direct avec la rémunération à la performance n'a pas pu être isolé, trop de facteurs de confusion rentrant en ligne de compte.

En 2013, une revue de littérature des revues de littératures déjà publiées a établi une synthèse relativement exhaustive des effets du P4P. (101) Elle estime que l'ensemble des essais contrôlés randomisés menés sur le P4P ont retrouvé de façon uniforme des résultats mitigés, et qu'il n'y a pas suffisamment de preuves pour appuyer l'utilisation de P4P dans le cadre de l'amélioration de la qualité des soins préventifs et chroniques. Les essais non randomisés sur le P4P ont, quant à eux, retrouvé généralement un effet positif mais modeste. Globalement, les niveaux de preuves ont été considérés comme faibles et les auteurs encourageaient les autorités sanitaires à envisager l'évaluation des programmes de P4P dès leur mise en place pour ne plus se contenter d'études avant/après dont les biais inhérents à la méthode rendaient l'extrapolation des résultats difficile.

I.4/ OBJECTIF

Etudier les tensions éthiques liées à l'introduction du P4P en soins primaires au travers du point de vue des patients et des médecins généralistes français.

I.5/ Description des différentes approches de la problématique

Il est tout d'abord nécessaire de définir, dans le cadre de notre recherche, le terme « éthique », afin qu'il soit identifié de façon équivalente et fasse sens commun auprès des chercheurs, des médecins généralistes et des patients interrogés.

Trouver une définition qui fasse consensus n'est pas chose aisée tant le champ de l'éthique est vaste, englobant la médecine, la biologie, le droit, la philosophie, la psychologie et l'anthropologie.

Pour aboutir à une définition qui puisse nous guider au cours de ce travail nous avons volontairement décidé de restreindre le champ de l'éthique à la seule éthique médicale.

La définition qu'en donne le petit Larousse est : ensemble des règles morales qui s'imposent aux différentes activités des médecins.

Le paiement à la performance n'intervenant, à l'heure actuelle, que dans la pratique médicale au sens du soin, le sens que nous avons souhaité donner à l'éthique médicale dans ce travail se concentre uniquement sur ce champ.

Ainsi, il nous a semblé qu'une définition pertinente de l'éthique pour cette recherche pourrait être proche de celle de l'éthique professionnelle et entendrait ici que le médecin fasse le mieux qui lui soit possible de faire pour la prise en charge de ses patients.

Etude des tensions éthiques induites par le P4P au travers de plusieurs axes :

Pour questionner les enjeux éthiques liés au P4P, nous nous sommes appuyés, d'une part sur les principes de Beauchamp et Childress,(87) et d'autre part sur la définition donnée par Paul Ricœur au concept d'éthique : « *la visée d'une vie bonne pour soi et pour autrui dans des institutions justes.* » (11) Dès lors, nos travaux ont visé à évaluer les conséquences du P4P sur les deux principaux acteurs du système de santé : les patients et les professionnels de santé, en particulier les médecins généralistes, ciblés par cette réforme.

Le P4P pouvant être perçu comme un outil supplémentaire de normalisation des pratiques médicales, nous avons tout d'abord voulu interroger directement les médecins généralistes sur la notion même de norme médicale. Ce concept nous apparaissant complexe, il semblait difficile d'y attribuer un sens commun et nous avons souhaité dans un premier temps essayer d'en saisir toutes les nuances auprès d'un échantillon raisonné de médecins.

Cette première étape nous apparaissait nécessaire à la bonne compréhension des enjeux de l'incitation financière visant à la normalisation des pratiques.

Nous avons ensuite profité du contexte de mise en place du P4P en France, qui avait ceci de spécifique que l'instauration sur la base du volontariat a permis aux médecins de choisir individuellement d'adhérer ou non à un programme national de P4P et ainsi de révéler leurs « préférences » au sens économique du terme. Nous avons dès lors étudié la nature des freins à la signature du CAPI, avant la généralisation du P4P. L'objectif de cette analyse étant de comprendre si ces freins pouvaient être d'ordre éthique, et, le cas échéant, d'en proposer une hiérarchisation.

Nous avons ensuite souhaité apporter un éclairage issu de la réalité des pratiques cliniques en évaluant l'impact du CAPI sur la durée des consultations des médecins. Il a déjà été démontré que la durée de consultation est un facteur déterminant de la satisfaction des patients et elle est souvent considérée comme un indicateur de la qualité des soins,(102–105) en particulier dans le cadre du paiement à l'acte qui favorise le raccourcissement de la durée des consultations.(106) Ainsi nous avons fait l'hypothèse qu'une augmentation de la durée moyenne de consultation liée au CAPI, dans le cadre d'un modèle multitâche, pourrait promouvoir les principes de bienfaisance et de justice en permettant d'augmenter le temps consacré à certaines activités telles que les pratiques de prévention ou les maladies chroniques.(107)

Enfin, après avoir étudié le point de vue des médecins généralistes français sur la mise en place du P4P et mesuré l'impact que ce dernier avait pu avoir sur la durée moyenne des consultations, nous avons souhaité interroger directement des patients. Une réflexion d'ordre éthique, et particulièrement dans le sens donné par Paul Ricœur nous aurait paru incomplète si l'avis des patients, au centre du système de santé, n'était pas pris en considération. De plus, la satisfaction des patients est l'un des critères déterminants de la qualité des soins,(108) améliorant, par exemple, l'adhésion thérapeutique, (109) rendant d'autant plus important le

fait de tenir compte de leurs points de vue et de leurs réflexions dans le cadre des réformes du système de santé.

Plusieurs approches méthodologiques ont été combinées pour appréhender à la fois le point de vue des patients et celui des médecins sur le P4P ainsi que d'éventuelles modifications engendrées par le P4P dans la pratique médicale.

Une approche qualitative qui se centrera autour de deux axes :

- La perception par les médecins du concept de norme médicale et les représentations qu'ils peuvent en avoir.
- La perception des patients quant au principe de paiement à la performance de leurs médecins et les éventuelles modifications ressenties dans leurs prises en charge depuis l'entrée en vigueur du P4P en France.

Une approche quantitative qui se focalisera elle aussi sur deux questions :

- Les raisons de la non adhésion des médecins généralistes au CAPI. (qui sera affiné par une analyse qualitative complémentaire)
- L'impact du P4P sur la durée des consultations.

L'étude de ces quatre axes constituera la trame du travail de recherche.

II/ ETUDE DES REPRESENTATIONS DES MEDECINS GENERALISTES QUANT A LA NOTION DE NORME MEDICALE :

La normalisation des soins médicaux a été initiée en France dans les années 1990 avec pour objectif d'améliorer la qualité des pratiques cliniques. Elle a été préalablement facilitée par l'émergence, dans les années 1970, d'un nouveau concept : l'Evidence-Based Medicine (EBM). (7)

Au début des années 1990, dans un contexte financier déficitaire, l'Assurance Maladie a souhaité optimiser les pratiques médicales jugées très hétérogènes. Cette variabilité était liée pour partie à l'absence de consensus spontané de ce que pourraient être les meilleures pratiques.

Une politique de maîtrise médicalisée, basée sur des éléments référentiels issus des publications et travaux des agences gouvernementales et scientifiques, a été mise en place. Ces référentiels normatifs ont structurés un certain nombre de mesures visant à faire coïncider les pratiques médicales avec des «règles de l'art». La convention médicale de 1993, avec le concept de références médicales opposables (RMO), injonctions « de ne pas faire », a introduit une première mesure normative. Les RMO ont été abandonnées en 1999.

En 2004, l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) a été rendue obligatoire. Des référentiels spécifiques ont été rédigés par l'ANAES. L'EPP partait de l'hypothèse que dès lors que les médecins étaient conscients de l'écart entre leurs pratiques réelles et la pratique attendue (en termes d'efficacité et de sécurité au regard des données de la science), celles-ci s'amélioreraient. L'Assurance Maladie a également mis en place une sensibilisation directe et individuelle des médecins. Le relevé individuel d'activité et de prescriptions (RIAP) trimestriel apporte aux médecins des informations qui leur permettent de se situer par rapport à des données moyennes locales et nationales. Par ailleurs, sur la base de la loi de santé publique du 13 Août 2004 qui prévoit la promotion des bonnes pratiques médicales, l'assurance maladie a mis en place des contacts directs de sensibilisation par des DAM auprès des professionnels libéraux.

Dans le même temps, au travers de la publication des recommandations de bonnes pratiques cliniques, les pouvoirs publics fournissaient à chaque médecin, un référentiel des « règles de l'art ».

Cette normalisation des pratiques médicales, a pu être assimilée à une volonté de contrôle socio-économique qui constituerait une menace pour l'autonomie des médecins et une perte du caractère individualisé des soins. L'introduction du P4P au travers du CAPI puis des ROSP peut être considérée comme une forme d'aboutissement de cette normalisation.

La médecine générale caractérisée par une prise en charge globale des patients (110) pourrait sembler, a priori, peu compatible avec la notion de normes de pratiques. De fait, il existe un écart important entre les pratiques réelles des médecins généralistes et celles promues et souhaitées par l'assurance maladie et les pouvoirs publics.

Aucune étude n'a, à notre connaissance, étudié spécifiquement le ressenti des médecins généralistes vis-à-vis de la notion de norme médicale depuis l'introduction en France du P4P.

Une étude s'y était intéressé en 2006 (111) et posait les bases du rapport des médecins aux recommandations : les médecins avaient bien connaissance de leur existence, en revanche, ils disaient avoir des difficultés à les appliquer scrupuleusement car elles répondaient mal à leurs besoins en pratique quotidienne. Mais il ne s'agissait alors pas de repères normatifs opposables, source, de surcroît, d'incitation financière.

Dans ce contexte insistant de sollicitation à la pratique normalisée, à l'origine depuis peu d'une prime financière, nous avons voulu savoir quelles étaient les représentations et ressentis des médecins généralistes face aux normes de pratiques médicales auxquelles ils étaient confrontés.

II.1/ Méthode

II.1.1/ Type d'étude

Cette question n'ayant à notre connaissance jamais fait l'objet de recherche, notre étude avait un caractère exploratoire. Notre approche qualitative s'est basée sur une série d'entretiens pour permettre l'émergence des conceptions, des logiques, des raisonnements subjectifs et des ressentis des médecins généralistes, sans a priori de notre part. Les études qualitatives sont, en effet, adaptées à l'exploration des modes de pensées et aux pratiques qui en résultent. Elles ont pour objectif de comprendre sans chercher à quantifier.(112)

Nous avons fait le choix de mener les entretiens de manière semi-directive à partir d'un guide d'entretien (annexe 5). Nous avons ainsi pu aider les médecins interrogés à centrer leur discours sur leurs représentations et leurs ressentis.

Nous avons préféré les entretiens individuels aux entretiens collectifs (focus group). Dans notre cadre exploratoire, nous souhaitions obtenir les réflexions profondes et personnelles de chaque médecin. Celles-ci, compte tenu du sujet, allaient immanquablement aborder les référentiels éthiques de chacun. Nous n'avons pas souhaité que la parole sur ces thèmes puisse être limitée. Nous avons également préféré que les discours ne soient pas influencés par la présence de pairs.

II.1.2/ Recrutement des médecins généralistes.

Nous avons décidé de solliciter les médecins généralistes de la région Île-de-France. Une grande variété de profils géographiques y est représentée (existence de zones urbaines et de zones rurales). Notre objectif, lors du recrutement, a été d'obtenir une population de médecins diversifiée pour ne pas recueillir un discours dont la teneur aurait pu être imputée à une caractéristique dominante de la population étudiée. Les critères pour lesquels nous avons souhaité une diversité étaient: le sexe, l'âge, le lieu d'exercice (urbain ou rural) et l'activité en cabinet individuel ou de groupe.

Le recrutement des médecins généralistes a été effectué de manière aléatoire à partir de l'annuaire en ligne Portail-Médical.com. À l'aide d'un programme informatique, nous avons tiré au sort 50 numéros pour chaque département d'Île-de-France compris entre un et le nombre de médecins répertoriés dans l'annuaire. Chaque numéro ainsi obtenu correspondait donc à un nom de médecin. Les médecins sélectionnés ont été contactés par téléphone entre mars et mai 2012. Lors de ce contact téléphonique, il leur a été proposé de participer à un travail s'intéressant à la notion de normes dans leur champ d'activité. Il leur a été précisé que leur participation prendrait la forme d'un entretien d'une durée approximative de 15 à 30 minutes. Le lieu, la date et l'heure de l'entretien ont été adaptés à leur emploi du temps. Nous avons prévu d'arrêter les entretiens une fois obtenue la saturation des propos. La saturation est le critère de validation qui désigne le moment où le chercheur réalise que la recherche de données nouvelles n'occasionnera pas une meilleure compréhension du phénomène étudié.⁽¹¹³⁾ Ces entretiens ont permis de recueillir un discours extrêmement riche et varié. La saturation a été atteinte au quatorzième entretien (aucun nouveau thème n'était apparu lors des deux derniers entretiens).

II.1.3/ Réalisation des entretiens

Les entretiens se sont tenus du 7 Avril au 24 Mai 2012. Ils ont été menés par un thésard en médecine (Samir Saidj). Ils se sont tous déroulés dans les cabinets des médecins généralistes. Douze d'entre eux se sont intégrés aux emplois du temps des médecins au même titre que les rendez-vous de consultations. Quatre entretiens ont été réalisés en dehors des horaires de travail.

Les entretiens, après l'obtention de l'accord de chaque médecin, ont tous été enregistrés. Il a également été précisé que ces enregistrements donneraient lieu à une transcription intégrale anonymisée. Les thèmes évoqués spontanément par les médecins ne firent pas l'objet de question spécifique. L'ordre des questions n'a pas été systématiquement suivi afin de respecter le cheminement de pensée personnel du médecin interrogé.

II.1.4/ Guide d'entretien (annexe 5)

Un premier guide d'entretien a été élaboré à partir d'une revue bibliographique de base sur la notion de norme et sur les normes de pratiques médicales promues par l'Assurance Maladie. Ce guide a ensuite fait l'objet d'une discussion en équipe pour aboutir à une deuxième version. Le guide ainsi obtenu a été testé auprès de 2 médecins généralistes-enseignants de la faculté de médecine Paris-Île-De-France-Ouest afin d'en tester la faisabilité, d'en évaluer la clarté et l'acceptabilité. A l'issue de cette phase de test, quelques modifications supplémentaires ont été apportées pour finalement aboutir à la forme définitive.

Les thèmes évoqués ou abordés ont été la signification de l'expression «normes de pratiques médicales», leurs sources, leur influence sur les pratiques, les freins à leur application, la manière dont elles sont élaborées, les principes sur lesquels elles se fondent, les incitations à les suivre, les sentiments éprouvés face à une pratique basée sur l'observation de normes. Les représentations plus spécifiquement d'actualité sur l'incitation financière directe et individuelle à observer des normes de pratiques médicales instaurée par le paiement à la performance ont également été explorées.

II.1.5/ Analyse des entretiens.

Les entretiens réalisés ont été analysés de manière transversale suivant un procédé d'analyse thématique. Cette méthode est reconnue pertinente pour la recherche exploratoire.(114) La cohérence singulière et interne de chaque entretien a été ignorée au profit d'une cohérence thématique inter-entretiens.

La thématisation constitue l'opération centrale de cette méthode. Elle a pour point de départ le discours des médecins généralistes. La première étape a consisté en une «lecture dite flottante» de chacun des entretiens afin de s'approprier le texte. Chaque entretien a ensuite été analysé de façon linéaire et continue afin de relever des «unités de signification» en lien avec les objectifs de la recherche. Une «unité de signification» correspond à un groupe de mots, une phrase ou un groupe de phrases liés à un même sujet ou à une même idée. A l'aide du logiciel d'analyse thématique NVIVO 8, les «unités de signification» ainsi identifiées ont pu être secondairement regroupées en rubriques plus générales et plus globales ou subdivisées en sous thèmes plus nuancés au fur et à mesure de la lecture des entretiens. Pour chaque thème et sous-thème, les extraits d'entretiens correspondants ont été relevés afin de juger de leur caractère consensuel ou marginal en fonction de leur récurrence inter-entretiens.

Le travail de thématisation a été effectué par 2 personnes de manière indépendante et a été secondairement discuté afin de minimiser le potentiel caractère subjectif de l'élaboration des thèmes et sous-thèmes (principe de triangulation).(113)

Un travail de synthèse a ensuite été réalisé à partir de l'ensemble des thèmes et sous-thèmes obtenus afin de présenter les résultats.

II.2/ Résultats

II.2.1/Profils des médecins interviewés.

Notre panel de médecins généralistes était composé de 10 hommes et 6 femmes, âgés de 39 à 68 ans. L'âge moyen était de 55 ans. Dix médecins avaient une activité urbaine et 6 une activité semi-rurale ou rurale. Neuf généralistes exerçaient en cabinet de groupe et 7 en cabinet individuel. Deux médecins avaient pour particularité d'être maîtres de stage auprès d'une faculté de médecine.

Les caractéristiques individuelles de chaque médecin qui a participé à notre étude sont détaillées dans le tableau ci-dessous.

Tableau 13 : caractéristiques individuelles des médecins interviewés

	Sexe	Age (ans)	Localisation géographique	Département	Cabinet de groupe ou individuel	Particularités
M1	H	45	semi-rural	91	groupe	
M2	F	53	urbain	95	groupe	
M3	H	63	urbain	93	groupe	
M4	H	55	rural	77	individuel	
M5	F	59	semi-rural	77	groupe	
M6	H	68	urbain	91	individuel	Maître de stage
M7	H	42	urbain	95	groupe	
M8	H	62	urbain	92	groupe	Maître de stage
M9	H	66	urbain	78	groupe	
M10	H	63	urbain	75	groupe	
M11	F	44	semi-rural	78	individuel	
M12	F	58	urbain	92	individuel	
M13	H	58	semi-rural	78	individuel	
M14	H	48	urbain	94	groupe	
M15	F	39	rural	77	individuel	
M16	F	53	urbain	75	individuel	

II.2.2/ Analyse thématique transversale des entretiens semi-dirigés.

Un relatif consensus sur la notion de normes de pratiques médicales.

L'analyse des discours, en particulier des périphrases et des images utilisées pour décrire les normes de pratiques médicales, a permis de mettre en évidence quelques éléments constitutifs de la signification que les médecins interrogés ont attribué à cette notion, indépendamment des normes concrètes auxquelles ils se sont référés.

Les normes délimitent un «espace» dans lequel les pratiques effectives devraient se situer. Il existe une notion de cadre et de limite.

L'expression des médecins a été imagée et a renvoyé à une notion restrictive souvent

exprimée sous forme de métaphores.

M9: *«les barrières entre lesquelles notre pratique doit se maintenir»*

Ces restrictions ont souvent relevé de l'imagerie routière

M8: *«des bornes qu'il ne faut pas dépasser»* **M15:** *«Que nos pratiques soient dans les clous»*

Ce qui sous-entend que la transgression peut éventuellement être sanctionnée.

Cependant, certains médecins ont parlé de limites relativement floues.

M2: *«une certaine latitude autour d'un point (...) le cadre»*

Ces normes étaient alors décrites comme des actes à effectuer en fonction de la situation rencontrée. Elles correspondraient à des règles de pratique à suivre comme s'il s'agissait d'un mode d'emploi qui balisait l'exercice.

M4: *«dans notre profession à nous c'est un peu les règles qui nous disent ce qu'il faut faire dans tel ou tel cas, dans telle ou telle pathologie»*

L'expression n'a pas semblé d'emblée familière à certains praticiens. Quelques médecins ont également montré une hésitation lorsque cette expression leur a été présentée.

M1: *«des normes (...) c'est un terme que j'ai pas beaucoup entendu jusqu'à présent»*

Champs médicaux d'application des normes de pratiques.

Les normes de pratiques concernent plusieurs domaines de la pratique médicale.

M10: *«On applique des normes dans chaque domaine de la médecine»*

Les médecins ont évoqué des normes dans le champ du dépistage et de la prévention

M9: *«les normes c'est tout ce qui concerne la prévention, expliquer aux patients qu'il faut faire certains examens de dépistage»*

Des normes pour les conduites à tenir sur le plan diagnostique

M16: *«alors par exemple, pour l'hypertension artérielle, on nous dit que pour en faire le diagnostic il faut constater une élévation de la tension artérielle prise après un certain temps de repos et lors de deux consultations à distance l'une de l'autre»*

Ainsi que sur le plan thérapeutique.

M13: *«il y a ce médicament il faut le prescrire dans cette indication»*

Ils en ont décrit en ce qui concerne la surveillance et le suivi de certaines pathologies.

M13: *«il y a des normes pour la surveillance du suivi: il faut revoir ce patient avec telle périodicité, réaliser tel type d'examens à chaque fois»*

L'existence de normes pour des pratiques efficientes ont également été citées.

M13: *«on nous impose, comment dirais-je, de prescrire 90% des antibiotiques en génériques»*

Certains médecins ont évoqué l'existence de normes relationnelles dont le respect peut influencer sur la qualité de la prise en charge médicale. Ils ont ainsi expliqué s'astreindre à certains principes établis à partir de leur réflexion personnelle et de leur expérience pour guider leurs relations avec leurs patients.

M16: *«il y a des normes dans la relation avec le patient, une des choses les plus importantes est la confiance et pour que le patient nous fasse confiance il faut d'abord savoir l'écouter et pas repousser son discours; il faut aussi être franc, ne pas lui cacher la vérité ou noyer le poisson notamment quand on est perplexe devant son cas, il faut le lui dire; une autre norme pour moi c'est d'offrir à mes patients une vraie consultation qui dure 20 à 30 minutes, vous avez bien vu, c'est un minimum pour bien les prendre en charge.(...) les règles c'est moi qui me les impose, je pense que c'est des règles, on va dire incontournables pour une bonne pratique de la médecine»*

Certains ont estimé que toute la pratique médicale n'était pas codifiée par des normes.

M8: *«l'immense majorité des plaintes n'ont pas de normes prévues pour leur prise en charge»*

Enfin, certains ont pensé également que tout ne doit pas être normé,

M8: *«impossible de normer tous les problèmes de santé, et puis il y a tous les petits problèmes: la petite fatigue du matin, les états d'âme, les frustrations qui sont totalement subjectifs.»*

Les différentes sources des normes de pratiques médicales identifiées.

Plusieurs sources de normes de pratiques médicales ont été identifiées.

Deux principales se sont démarquées et ont tenu une place centrale dans le discours des médecins interviewés: les normes qualifiées de scientifiques élaborées à partir de différents essais et études cliniques et les normes promues par l'Assurance Maladie qui revêtaient généralement une connotation médico économique.

Les sources référentielles sont essentiellement constituées par les recommandations de bonne pratique émanant des agences de santé françaises ou de sociétés savantes.

La HAS et l'AFSSAPS ont été ainsi unanimement reconnues par les médecins comme des

organismes qui diffusent des normes scientifiques de pratiques médicales, la recommandation en étant l'élément vecteur.

M5: *«normes de pratiques médicales (...) alors ça m'évoque les recommandations de bonne pratique»*

M3: *«oui ben y' a les recommandations de l'AFSSAPS et de l'HAS qui permettent de cadrer les choses oui.»*

Certains médecins interrogés ont estimé que les médecins généralistes n'étaient pas consultés pour l'élaboration de ces normes.

M9: *«je veux dire les normes qui sont faites par les universitaires, les institutions pensantes si vous voulez, c'est pas des normes qui sont établies par des médecins généralistes.»*

Certains ont cité l'existence de recommandations de bonne pratique venant d'autres pays.

M15: *«Il y a des normes provenant de différentes sociétés savantes, et puis il y en a provenant de différents pays: les étasuniennes, les françaises et puis les européennes aussi.»*

Deux médecins ont remarqué que les recommandations internationales n'étaient pas toujours en accord les unes avec les autres.

M1: *«j'ai déjà pu voir, en comparant certaines règles sur l'antibiothérapie, par exemple, en Belgique, en Suisse, en France, au Canada, on retient pas les mêmes critères, déjà rien que dans les pays francophones alors si on commence à voir ce qui se fait dans d'autres pays.»*

Ces normes ont pu parfois être établies par le médecin lui-même à partir d'une lecture critique des résultats des travaux publiés dans la littérature médicale.

M3: *«Ce (les normes définies pour la profession) sont les études, les travaux de mes propres pairs et qui comptent pour que je puisse définir mes propres pratiques bien sûr.»*

L'Assurance Maladie a été largement identifiée comme organisme pourvoyeur de normes.

M14: *«il y a aussi les normes que la sécu voudrait qu'on observe comme dans la nouvelle convention par exemple»*

D'autres normes ont également été identifiées.

Plusieurs médecins ont évoqué le caractère normatif de l'enseignement dispensé à la faculté de médecine. Ils ont ainsi expliqué que durant la formation médicale initiale aussi bien académique que pratique, sont enseignées des règles et des procédures qu'il convient de respecter pour assurer une bonne prise en charge des patients.

M4: *«d'abord il y a nos études, qui nous a appris à faire les choses d'une certaine façon, normée, c'est-à-dire que quand on est devant tel symptôme, telle maladie de dire, de faire un*

certain nombre d'examens cliniques, d'examens complémentaires, de faire certaines investigations, tout ça c'est la norme qu'on nous a appris»

Ce caractère normatif se retrouve également durant la formation médicale continue.

M16: *«Mais il y a aussi les conduites à tenir qu'on nous donne durant les formations continues»*

Des médecins ont évoqué des normes plus personnelles tirées de leur expérience ou de leurs réflexions et auxquelles ils s'astreignent. Elles sont élaborées à partir du jugement personnel du médecin sur ce qu'il convient de faire et sur ce qui est le plus efficace pour la prise en charge de ses patients. Ils ont reconnu que ces normes peuvent parfois être en contradiction avec les normes institutionnelles. Les pratiques heuristiques seraient alors selon les situations, soit opposables soit juxtaposables aux normes officielles.

M6: *«elles (les normes) reposent sur deux critères: des critères personnels liés à l'expérience et aux résultats qu'on a eus dans un certain nombre de situations pathologiques, ce sont nos normes et qui ne recoupent pas forcément les normes qui sont établies par un collectif de médecins, de... la HAS etc, enfin bon, là aussi il peut y avoir euh, enfin c'est évident ce que je dis là de toute façon, il peut y avoir un différentiel entre nos propres convictions c'est à dire nos propres normes et celles auxquelles encore une fois on est obligé de se soumettre»*

Par ailleurs, plusieurs médecins ont montré à travers leurs propos que le discours de leurs pairs, en particulier celui des médecins spécialistes, pouvait revêtir un caractère normatif.

M13: *«il y a eu toute une campagne des spécialistes dans la presse médicale et de gens qui ne sont pas inféodés aux laboratoires, disant qu'on introduit l'insuline trop tard»*

Les visiteurs médicaux de laboratoires pharmaceutiques, eux-aussi, peuvent être source de normes de pratiques médicales par l'intermédiaire des informations qu'ils fournissent sur leurs produits. Leur discours normatif suscite cependant une réelle méfiance.

M15: *«je pense à certains laboratoires pharmaceutiques qui nous présentent leur molécule comme la norme entre guillemets en matière thérapeutique pour telle pathologie, en nous vantant les bénéfices de leur produit par rapport aux autres molécules... je ne suis pas vraiment sûre de la fiabilité de leur discours.»*

Mais, il peut arriver de se laisser influencer.

M16: *«parfois on se laisse influencer, quand il y a un tout nouvel antihypertenseur qui sort on a envie de l'essayer surtout lorsqu'on entend le discours des labo qui nous vante l'avancée*

miraculeuse (sourire) qu'apporte leur produit mais on n'est pas vraiment dupe de leur discours...»

Quelques médecins ont parlé des normes de pratiques médicales qui émanent des représentations et des croyances des patients.

Néanmoins l'influence de ces normes sur les pratiques médicales leur a semblé limitée.

M14: *«sinon il y a aussi les normes des patients, mais ça c'est plus difficile à ... à cerner, ils ont des exigences, j'ai certains patients qui pensent qu'une consultation où on ne leur délivrerait pas une ordonnance par exemple n'est pas une consultation euh... ils ont parfois une représentation personnelle de ce que doit être une consultation (...) j'essaie de leur expliquer pourquoi ça n'est pas utile mais je sens que certains sont pas satisfaits, il leur manque quelque chose. Mais il y a quand même une logique dans nos pratiques on ne peut pas prescrire juste pour faire plaisir, il faut que ça soit justifié médicalement.»*

Enfin, les médecins ont remarqué que les patients ont des exigences, des demandes basées sur ce qu'ils jugent nécessaire et que certains patients n'hésitent pas à menacer pour être satisfaits.

M9: *«il y a des demandes insistantes de patients pour avoir certaines ordonnances, certains médicaments avec même disons des pressions, disant: ben si vous me donnez pas d'antibiotiques, je vais changer de médecin. Bon, il faut essayer de les recadrer, de leur expliquer»*

Les caractéristiques des normes scientifiques de pratiques médicales.

Le discours des médecins interviewés a souligné diverses caractéristiques des normes de pratiques médicales issues des données de la science; celles-ci ont été essentiellement assimilées aux recommandations de bonne pratique.

▲ Elles sont évolutives:

Pour les médecins, elles sont en effet amenées à être affinées, modifiées, actualisées en fonction des dernières données scientifiques et des progrès technologiques. Elles imposent un travail actif du médecin pour se tenir informé.

M15: *«elles sont changeantes donc il faut se tenir au courant de ces différents changements et des évolutions de la pratique médicale. Il y a régulièrement de nouvelles études qui sont faites sur différents sujets et qui ont pu apporter des améliorations dans la prise en charge des patients (...) il faut les respecter jusqu'à ce que de nouvelles études montrent qu'il faut*

qu'elles changent, il y a eu pas mal de rebondissements dans ce domaine.»

▲ Elles sont biomédicales:

Les bénéfices attendus des pratiques décrites dans ces normes sont évaluables en fonction de critères physiques. Ce serait une conception physique de la santé qui régirait leur élaboration.

M15: *«tous les essais cliniques et ces normes qu'on nous donne pour prendre en charge nos patients sont des normes, comment dirais-je, des normes qui sont faites à partir de l'idée de maladie, on dit qu'il faut diminuer le taux de sucre, diminuer la tension artérielle, diminuer le taux de cholestérol, qu'il faut faire tel type d'examen»*

▲ Elles ont été considérées par de nombreux médecins comme des normes théoriques.

Ils les ont décrites comme établies sans réel souci de leur applicabilité pratique et elles suscitent alors une certaine défiance. Elles sont élaborées à partir d'une démarche intellectuelle, loin du terrain, pour des conditions idéales et en fonction de critères d'efficacité en terme de santé biomédicale. D'autres facteurs contextuels viendraient influencer, dans la pratique réelle, les prises de décisions médicales.

M9: *«la notion de normes il faut bien faire attention, on est là pour pondérer, en médecine générale on est là pour prendre le patient dans sa globalité et donc on est moins amené à suivre les normes purement livresques, purement dans des études, tout ça c'est fait sur du papier»*

M11: *«il y a des normes établies mais dans une situation idéale, théorique où le patient serait compliant à tout ce qu'on lui demande, où on aurait à proximité toutes les techniques d'exploration nécessaires et où les finances ou les pressions de la sécu n'existeraient pas.»*

▲ Elles sont parfois présentées comme schématiques et caricaturales.

Des médecins ont estimé qu'elles réduisent la complexité réelle des situations rencontrées à un modèle simplifié et donnent lieu à des conduites à tenir stéréotypées niant la variété de ces situations.

M14: *«on ne peut pas systématiquement appliquer à la lettre ce que voudraient les normes scientifiques, nos patients sont souvent plus complexes que les schémas décrits dans les recommandations. (...) Les normes sont utiles mais ils ont un côté euh... généralisant euh ce sont des stéréotypes, elles ne peuvent pas être appliquées de manière non réfléchie»*

▲ Pour la plupart des médecins interviewés, même si certains ont avoué leur ignorance, les

recommandations de bonne pratique sont élaborées par décisions consensuelles de médecins-experts à partir d'essais cliniques qui utilisent des méthodes statistiques. Certains ont également évoqué une échelle de valeur des preuves sur laquelle elles reposent.

M14: *«elles sont établies de façon collégiale par des experts... dans le domaine considéré; il y a des généralistes je crois aussi, mais l'idée c'est que c'est discuté en fonction des études scientifiques et ils élaborent une recommandation en fonction des différentes informations qu'ils ont sur le sujet»*

Les normes médicales ont une validité scientifique qui leur confère un caractère légitime et nécessaire pour guider les pratiques.

Pour la plupart des médecins interrogés, l'application de normes scientifiques dans leur pratique médicale semble légitime et nécessaire. Ils reconnaissent que les études scientifiques permettent de mettre en évidence les pratiques les plus efficaces et les plus bénéfiques pour leurs patients. L'ensemble des médecins a ainsi attribué, aux normes scientifiques, a priori, avant toute réflexion critique, l'objectif d'indiquer «la bonne pratique».

M11: *«toutes ces études scientifiques qui permettent d'établir des normes sont quand même bien pratiques pour nous, c'est avec ça que la qualité de nos pratiques progresse sinon on fait chacun ce qu'on veut dans notre coin et c'est n'importe quoi et les patients sont plus ou moins bien soignés en fonction du médecin qui les suit, non ça n'a pas de sens, on a besoin de savants, d'experts qui réfléchissent pour nous donner la voie à suivre, pour avoir des pratiques efficaces, de bonne qualité»*

De nombreux médecins ont reconnu que les normes médicales étaient globalement bien faites et logiques.

M13: *«dans toutes ces normes qu'on essaie de nous imposer les recommandations etc, il y a quand même beaucoup de logique (...) dans l'ensemble ça me paraît pas mal»*

Certains ont évoqué la nécessité d'avoir recours à des critères rationnels, spécifiques à leur pratique ; leur expérience ou leurs intuitions leur paraissaient parfois utiles mais insuffisantes pour assurer des soins efficaces.

M7: *«aujourd'hui on ne peut plus se fier à notre intuition, à notre sentiment, à notre expérience pour savoir ce qui peut correspondre à une bonne pratique, il faut des études, des essais cliniques pour évaluer»*

M3: *«Je fais un métier pour lequel l'expérience a un intérêt oui mais ça n'est pas tout et il est*

évident qu'on a besoin de travaux pour nous dire ce qui est efficace ou pas.»

Quelques médecins ont même affirmé qu'ils les ont totalement intériorisées et qu'ils les appliquent de façon automatique sans y réfléchir.

M10: *«on n'y fait pas attention, on le fait naturellement, dans notre esprit ce sont plus des normes, on les a intégrées et on les applique presque automatiquement (...) On applique des normes dans chaque domaine de la médecine comme on les a apprises, spontanément, on n'y réfléchit pas»*

Certains, déclarant adhérer totalement aux recommandations de bonne pratique, ont dit faire véritablement confiance aux experts en charge de les élaborer.

M10: *«on doit respecter ces règles de bonnes pratiques. Tout ça c'est fait par des gros pontes qui passent leur vie à faire ça et qui le font bien»*

M16: *«Voilà, pour ma pratique, je me fie aux recommandations de la HAS à ce qui nous est dit en FMC (...) moi j'adhère complètement»*

M9: *«je fais attention aux recommandations parce que je ne prétends pas savoir mieux que les choses qui ont été débattues par un collectif de gens, voilà donc je me réfère aux recommandations, oui. Je suis assez respectueux de ça, oui. Oui dans mon mode d'exercice, ce sont des normes en lesquelles j'ai confiance, j'ai plutôt confiance dans tout ça (...) j'ai plutôt confiance dans les organismes qui réfléchissent sur un sujet donné par exemple.»*

L'application de ces normes scientifiques permettrait ainsi aux patients de bénéficier de soins de qualité quel que soit le médecin consulté.

M4: *«c'est important qu'il y ait des normes parce que on ne peut pas faire des choses différentes pour la même pathologie, c'est comme si on vous disait: ben moi je vous greffe pas de rein parce que je préfère laisser les gens sous dialyse et que un autre dirait: ben moi je vais vous chercher un rein, il faut bien une norme qui dit que dans telle pathologie le but c'est de traiter les gens, c'est de les guérir par les moyens les plus efficaces et les plus sûrs et qui vont pouvoir aboutir à la guérison»*

Certains ont également estimé que se tenir informé des normes scientifiques était un devoir.

M3: *«si on ne connaît pas bien les données actuelles et bien il est possible qu'on puisse ne*

pas bien soigner son patient.»

M6: *«les normes sont là, il faut les rappeler aux médecins (...) Des notions comme ça, si on ne se tient pas au courant, on peut être dépassé, dangereux, inefficace.»*

De nombreux médecins ont dit percevoir de réels bénéfices à l'existence de normes scientifiques. Ils ont ainsi expliqué que la liberté d'exercice et la pratique solitaire de la médecine générale rendent possible l'apparition de pratiques inadéquates.

M13: *«Mais bon les normes de bonnes pratiques nous remettent quand même parfois sur les rails et je suis le premier à le reconnaître parce qu'on a parfois des obsessions ou des idées préconçues sur beaucoup de choses, ça c'est un peu le danger en médecine générale surtout lorsqu'elle est exercée en individuel.»*

Certains ont parlé de dérives et parfois même d'erreurs médicales. Les normes scientifiques fournissaient alors des repères sur les pratiques dont les bénéfices ont été évalués.

M8: *«ça me paraît plus simple de travailler avec l'idée que les choses ont été éprouvées.(...) ça permet de borner l'action et de pas partir en vrille, puisqu'on peut tout faire, tout nous est permis, il est bien qu'il y ait une norme (...) cette liberté...la liberté totale, c'est une immense chance mais c'est un truc très dangereux.»*

Statut attribué aux normes scientifiques par les médecins

Pour la très grande majorité des médecins, les normes scientifiques de pratiques médicales ont été considérées comme des repères informatifs reflétant les pratiques efficaces d'un point de vue biomédical. Elles n'ont pas vocation à être suivies de façon absolue, d'autres éléments pouvant intervenir dans les décisions médicales.

M3: *«c'est une référence, une référence on ne l'applique pas à 100%, on s'appuie dessus, je crois que c'est surtout ça qu'il faut se dire.»*

M7: *«c'est une base de départ, c'est une base de départ qui est modulable en fonction de la situation clinique, fonction du patient, fonction de beaucoup de critères je pense»*

Un médecin a souligné que ce caractère non absolu était reconnu par ceux qui édictent ces normes.

M14: *«D'ailleurs je ne pense pas que les normes qu'on nous donne, par la HAS etc, ont pour vocation d'être appliquées de façon systématique.»*

Pour certains, elles pouvaient également représenter un outil à partir duquel ils évaluaient leurs pratiques et pouvaient ainsi initier une réflexion.

M3: *«et puis, c'est bien de se dire : est-ce que ce que je fais maintenant, est-ce que c'est réellement efficace ou ça ne l'est pas, il y a plein de certitudes qui se cassent la figure»*

M13: *«C'est un moyen aussi pour vérifier nos pratiques et voir si on est sorti des rails, si on n'a rien compris ou pas»*

Certains se sont demandé enfin si les normes de pratiques médicales issues des données de la science pouvaient avoir une valeur juridique lors d'éventuels litiges.

M8: *«c'est aussi pour sécuriser quelque part, la sécurité du médecin en cas de contestations en cas de plaintes, la norme permet peut-être de mieux se défendre mais je ne sais pas si on peut se réfugier parce que le premier principe et devoir du médecin c'est de prendre soin du patient particulier qu'il a en face de lui»*

Un médecin s'est inquiété de voir les normes de pratiques médicales lui être opposées en cas de poursuite judiciaire.

M7: *«Oui, il y a aussi la dérive, la dérive américaine, procédurière évidemment, ne pas se référer aux normes égale des poursuites judiciaires ou économiques, c'est un risque d'établir des normes.»*

E:*«et vous avez cette inquiétude pour la pratique en France?»*

M7:*«oui il y a de plus en plus de procédures judiciaires remettant en cause la validité de nos choix thérapeutiques, et si il existe des normes strictes, on risque de nous demander pourquoi on ne s'y est pas référé.»*

Influences des normes scientifiques sur les pratiques médicales.

La grande majorité des médecins a affirmé suivre, la plupart du temps, les normes scientifiques de pratiques médicales.

Certains ont précisé que leur exercice peut se trouver facilité par l'existence de normes de pratiques.

M8: *«traiter une angine ça me paraît simple qu'on nous ait normé ça, ça paraît nécessaire quand on voit la dispersion des traitements d'un médecin à l'autre, on imagine bien que sur un problème aussi précis et simple avec une détermination biologique à faire, un test avec une réponse simple: j'ai mal à la gorge vous faites un TDR la réponse est positive et vous donnez*

de l'amoxicilline, ça paraît assez simple, moi je trouve que ça m'a facilité les procédures (...) je trouve que ça a plutôt amélioré ou facilité certaines prises de décisions.»

Certains ont reconnu que l'incertitude relative aux choix des actes à réaliser était parfois difficile à gérer en médecine et qu'une pratique qui serait basée sur l'application de normes leur épargnerait des difficultés.

M11: *« pour nous ça (une pratique basée sur le suivi de normes) serait plus confortable on aurait moins de dilemme de conscience »*

Des médecins ont affirmé que les normes pouvaient être également un moyen de recadrer les demandes de certains patients, jugées parfois infondées.

M9: *« il y a des patients, eux, qui ont des demandes ou des exigences qui ne sont pas dans les normes de ce qu'on doit faire, on est obligé de recadrer. »*

Cependant ils ont estimé qu'une adaptation peut être rendue nécessaire par la complexité de certaines situations cliniques qui rend dangereuse une application systématique, sans réflexion.

M15: *« pour la grande majorité, je les (les recommandations) suis et, avec quelques patients je dois les moduler en fonction de leur situation spécifique »*

M14: *« on ne peut pas systématiquement appliquer à la lettre ce que voudraient les normes scientifiques, nos patients sont souvent plus complexes que les schémas décrits dans les recommandations... ce sont des sortes de guides à partir desquels on doit réfléchir pour s'adapter au cas particulier qu'on a en face de soi... c'est clair qu'on ne peut pas appliquer mécaniquement. »*

La nature statistique des essais cliniques qui président à l'élaboration des normes scientifiques a été également mise en avant par certains pour justifier la nécessité d'adapter leurs pratiques à la réalité des cas singuliers rencontrés. Les normes décrivent des pratiques bénéfiques à l'échelle d'une population ; dans les différentes études, les bénéfices sont mesurés pour un groupe et non pour chaque personne prise isolément. Le médecin quant à lui, se doit de considérer les bénéfices pour le patient particulier qui lui fait face.

M13: *« ce sont des normes établies de façon statistique, il y a donc toujours des patients qui échappent à ces schémas établis (...) ces normes sont faites de façon moyenne pour une population large »*

M4: *« la médecine actuellement elle est statistique (...) ce sont des statistiques qui permettent*

de juger de ce qu'il faut faire pour la masse en général, pour des personnes non individualisées»

Dans ce sens, certains ont affirmé qu'ils évaluaient ces normes de façon pratique, au regard des résultats obtenus lorsqu'ils les appliquaient et par l'évaluation de leurs effets sur leurs patients.

M8: *«mais ensuite je les confronte à ma pratique en vérifiant qu'en restant dans ces normes, finalement j'accède à un bon résultat que je peux confronter avec mes pairs»*

D'autres éléments pouvaient également amener des médecins à moduler leur manière d'appliquer les normes scientifiques. La prise en compte dans leurs prises de décisions de la situation sociale particulière du patient, des contraintes qu'il pouvait accepter, de ses attentes, pouvaient conduire des médecins à une prise de distance relative avec les normes scientifiques. Ils ont ainsi opposé une prise en charge de leurs patients basée sur un modèle holistique, biopsychosocial, à l'efficacité biomédicale des normes scientifiques.

M15: *«donc leur respect est à moduler en fonction d'autres considérations non organiques entre guillemets (...) en fonction de ce qu'ils acceptent euh, du côté pratique ou pas de ce qu'on leur demande de faire, de leurs attentes»*

M9: *«il y a beaucoup d'éléments à prendre en compte et peut être que certaines normes sont contrariées par ce qu'on sait par ailleurs du patient si vous voulez, il faut prendre en compte beaucoup de facteurs personnels au patient (...) par exemple son travail s'il a bien le temps de faire tous les examens préconisés, s'il a le temps de venir me voir régulièrement voilà.»*

M13: *«on a le droit de travailler en fonction de l'individualité du patient et de sa globalité et pas simplement en fonction du savoir qu'on a sur sa pathologie parce que toutes ces études sont quand même établies selon des résultats liés à l'organique et tout l'aspect psychologique, social, tous ces facteurs qui peuvent influencer à juste titre les choix thérapeutiques ne sont pas intégrés dans les normes qu'on nous donne.»*

Certains médecins ont également expliqué qu'ils pouvaient s'écarter des normes en fonction de raisonnements et de jugements personnels. Des médecins ont ainsi avoué transgresser des normes scientifiques lorsqu'ils avaient le sentiment qu'elles pourraient aller à l'encontre de l'intérêt de leurs patients.

M6: *«oui parfois je ne les évoque même pas les normes, il faut qu'à cette personne je lui*

prescrive sa benzodiazépine et même si je connais les études statistiques, moi comme tout le monde, et bien si je ne lui donne pas, je fais plus de mal que de bien, donc je vais lui prescrire alors que ça fait deux ans qu'elle prend son temesta»

M2: *«on peut avoir dans son for intérieur, des impressions ou des intuitions qui sont contradictoires avec ça ou parce que échaudé par euh... regardez ce qui est sorti sur le dépistage du cancer du sein, je n'ai pas relu en détail ce qui était sorti en détail mais la validité et l'efficacité du dépistage systématique a été remis en question (...) je ne pousse jamais mes patientes à faire leurs mammographies, je ne pousse pas les femmes de la famille pour parler sur un plan personnel à aller faire des mammographies et donc cette histoire actuelle, dans mon opinion qui était mauvaise sur le dépistage et sur d'autres points euh...»*

Quelques médecins ont dit ne pas respecter les normes scientifiques lorsqu'ils ont la conviction que d'autres pratiques sont plus efficaces ou plus sûres.

M10: *«quelqu'un qui tousse depuis quinze jours qui n'en peut plus de fatigue et que je suis obligé d'arrêter, si je lui mets un corticoïde en spray pour le faire arrêter de tousser c'est mieux que de l'arrêter encore quinze jours mais ça ne respecte pas les normes, je le sais.»*

M15: *«il y a des sociétés savantes qui nous présentent de nouveaux médicaments comme la référence absolue dans telle ou telle pathologie ; je pense qu'il faut avoir un peu de recul, ne serait-ce que pour connaître les effets secondaires à plus long terme, et dans ce cas-là, je ne les prescris pas à des personnes un peu fragiles. Il faut savoir un peu sortir des clous par rapport à des pratiques consensuelles quand on estime que la base des connaissances sur tel ou tel produit n'est pas assez forte pour pouvoir les prescrire en toute sécurité»*

Certains ont alors signalé avoir des pratiques qui peuvent être jugées excessives dans le but de minimiser les risques de survenue de complications pour leurs patients.

M4: *«nous, on veut d'abord soigner les gens, ne pas prendre trop de risque, là je repense aux IPP qu'on donne même si on ne devrait pas, voilà on a plus tendance à couvrir nos patients»*

La plupart des médecins a donc reconnu adapter, voire parfois transgresser les normes scientifiques. Ils avaient cependant le sentiment que ces écarts restent rares et qu'ils leur paraissent toujours justifiés.

M10: *«on en tient compte oui (des recommandations) (...) mais dans certains cas, on passe outre, des cas rares mais toujours de façon sensée et justifiée, je pense.»*

Freins à l'application des normes scientifiques.

Même s'ils ont affirmé observer les normes scientifiques pour la plupart de leurs patients, de nombreux médecins ont perçu différents freins à leur application.

L'être humain, destinataire des soins, est un être complexe: d'une part, son organisme ne se réduit pas à une simple mécanique dont les réactions sont aisément prévisibles, d'autre part de nombreux facteurs variés et variables autres qu'organiques interviennent, pour les médecins interrogés, dans la détermination des actes à réaliser. L'être humain a été régulièrement opposé à la machine beaucoup plus prévisible et modélisable.

M6: *«l'être humain ne rentre pas forcément dans un moule comme ça, de robots identiques les uns aux autres, il y a la part due à la dimension personnelle»*

M15: *«la médecine est une pratique humaine et on a à gérer des personnes et pas des chiffres ou des organes»*

Les habitudes prises par les médecins dans leurs pratiques peuvent également s'opposer au suivi des normes scientifiques, d'autant plus que le bénéfice escompté de leur mise en application peut sembler peu important.

M13: *«ce qui gêne un peu, quand même, c'est le chambardement qu'elles (les normes de bonnes pratiques) mettent parfois dans les habitudes thérapeutiques. Je ne dis pas qu'elles sont forcément bonnes, les habitudes, mais bon les schémas qu'on nous propose au vu des résultats escomptés, je pense notamment au diabète, je n'ai pas vraiment l'impression que ça va bouleverser les résultats»*

Pour de nombreux médecins, les patients eux-mêmes peuvent être un frein à l'application des normes scientifiques. Ils peuvent refuser certains examens ou traitements prescrits par la norme. Il semble alors important aux médecins d'essayer de convaincre le patient de l'intérêt, en termes de santé, de s'astreindre à ces pratiques. Néanmoins, ils ont reconnu, d'une part que la décision finale doit revenir au patient et, d'autre part qu'il faut tenter de maintenir une bonne entente avec leurs patients, élément indispensable à une prise en charge médicale efficace sur le long terme, sans relations conflictuelles.

M16: *«Oui certains patients, surtout en ce qui concerne les pathologies chroniques, ont du mal à s'astreindre à suivre ce que voudrait la norme entre guillemets (sourire), je pense en fait à certains examens complémentaires qu'il faudrait réaliser périodiquement dans le diabète par exemple, certains patients trouvent ça un peu lourd on va dire, donc si le diabète est à peu près équilibré, je n'insiste pas (silence). Comme je disais tout à l'heure, il faut essayer de garder une bonne relation avec nos patients, ça rend notre prise en charge plus efficace sur le*

long terme, ça ne veut pas dire que je n'insiste jamais hein, il faut parfois expliquer aux patients que c'est indispensable, que s'ils ne font pas certains examens, ça peut être préjudiciable pour leur santé, mais au final la décision leur revient, on ne peut pas soigner des gens s'il refusent de le faire»

M14: *«il y a certains patients pour qui c'est plus difficile de faire adhérer... bon on essaie de les convaincre, on leur explique l'intérêt de bien suivre leur traitement, de faire les examens qu'on leur demande mais ce n'est pas toujours fait, au final on ne peut pas les forcer.»*

Il a été noté que des patients pouvaient demander à ce que leur médecin suive certaines pratiques qui ont pu être présentées comme des normes dans divers média.

M13: *«Voilà, je lis dans tels magazines, Elle ou Cosmopolitan, que tel grand professeur a dit qu'il fallait faire les choses de telle manière, je ne vois pas pourquoi mon petit médecin de base n'appliquerait pas ça»*

Un frein à l'application des normes scientifiques, lié au défaut d'équipement technologique suffisant dans leur environnement proche, a également été signalé.

M11: *«le premier frein, c'est le fait que nous sommes ici loin d'une grosse ville, les gens font beaucoup de kilomètres parfois pour venir et il y a certains tests qu'il faudrait parfois appliquer dans des services pointus, avec un important plateau technique et donc, des fois, on essaie de se débrouiller autrement parce que ce n'est pas faisable ; donc le premier frein c'est qu'on n'a pas forcément accès rapidement et à proximité à toute la technologie nécessaire pour suivre les protocoles établis par les sociétés savantes.»*

M1: *«il faut une adaptation des règles et des normes en fonction (...) de l'environnement et de ce qu'on dispose comme outils à proximité...»*

Quelques médecins ont signalé que certains traitements sont parfois initiés par d'autres intervenants, en particulier des médecins spécialistes. Il leur semble alors difficile, eu égard à leur propre crédibilité, de les modifier même dans l'optique de respecter les normes scientifiques.

M13: *«dans un certain nombre de pathologies, moi j'aime bien travailler en équipe, et je me vois mal envoyer quelqu'un chez un spécialiste et ensuite discuter face au patient de la normalité, entre guillemets de son ordonnance. (...) on nous dit : si vous n'êtes pas d'accord avec les propositions thérapeutiques du spécialiste alors pourquoi m'avez-vous envoyé chez ce spécialiste?»*

Certains ont d'ailleurs remarqué que les médecins spécialistes ne se conformaient pas toujours aux normes des agences de santé.

M13: *«je trouve qu'ils (les spécialistes) sont moins compliants que nous par rapport aux recommandations de la HAS, c'est le privilège du spécialiste que de se faire ses propres normes parce que si le spécialiste a les mêmes normes que le généraliste tôt ou tard, c'est d'ailleurs l'idée de la sécu avec l'histoire du médecin traitant et de la lettre pour pouvoir accéder au spécialiste, l'intérêt du spécialiste, en dehors de son expertise technique, va perdre beaucoup de son importance.»*

Le médecin spécialiste de par son statut aurait plus de latitude quant à la transgression des normes. Cela sous-entend que sa capacité de discernement serait plus affûtée et lui permettrait une meilleure approche des situations. L'existence de documents normatifs permettrait au généraliste de se hisser à un niveau cognitif qui écrêterait la différence et minimiserait l'aura du spécialiste en le ramenant à un rôle technique beaucoup moins créatif.

Il a été aussi souligné que l'absence d'application de la norme pouvait provenir d'un désaccord avec son contenu ou son mode d'élaboration.

Certains médecins mettent en exergue des erreurs liées à des conflits d'intérêts pouvant même parfois aboutir au retrait de la norme.

M15: *«Il faudrait garder un regard critique sur ce qui est dit, il peut y avoir des référentiels ou des recommandations de bonnes pratiques qui peuvent être biaisées soit par des intérêts pharmaceutiques soit parce que les études n'ont pas pu être bien poussées ou étoffées, c'est vrai que ces référentiels ou normes de pratiques médicales ne sont pas toujours établies à partir de grosses études bien faites, il faut être prudent»*

M13: *«Il y a eu quand même des volte faces ce qui prouve quand même que la HAS n'a pas toujours un avis fondé, je citerai l'exemple du Kétum qui a été interdit pendant 15 jours et qui est revenu ensuite dans les mêmes indications»*

Deux médecins ont par ailleurs noté que les normes scientifiques étaient élaborées à partir d'études menées à l'hôpital et que l'extrapolation des résultats aux patients vus en ville pourrait, de fait, être excessive. Mais ils ne remettaient pas pour autant en question la validité de ces normes.

M11: *«les différentes études scientifiques sont faites à l'hôpital et les patients qu'on y rencontre sont différents de ceux qu'on voit en médecine ambulatoire, il y a une généralisation des résultats de ces études à nos patients de ville... oui peut-être ça, on peut se demander si elles sont valables pour nous aussi, mais pour être honnête ça ne remet pas vraiment, à mes yeux, leur valeur.»*

Un médecin a ajouté que certaines de ces normes pouvaient être déjà obsolètes au moment de leur diffusion car les progrès liés aux avancées des connaissances médicales sont parfois extrêmement rapides.

M13: *«le problème des normes c'est qu'elles ne sont jamais en temps réel par rapport aux avancées de la science, là je parle des normes qu'on veut nous imposer, les recommandations»*

Des médecins ont aussi évoqué l'abondance de normes. Ils l'ont expliqué par l'étendue importante du champ d'action de la médecine générale. Cette abondance a été présentée comme un obstacle à la connaissance.

M7: *«notre pratique (de médecine générale) est plus large donc connaître toutes les normes, dans toutes les pathologies qu'on serait amené à rencontrer, serait un peu compliqué.»*

M10: *«la Haute Autorité de Santé nous fait parvenir des courriers, qu'on lit en diagonale parce que il y en a beaucoup (...) la médecine générale est très diverse, très riche, il y a beaucoup de signes dans tous les domaines donc c'est difficile d'être au dernier cri de la norme»*

Un manque de clarté dans l'énoncé de certaines recommandations a été également dénoncé comme une entrave à leur bonne mémorisation.

M1: *«on essaie de les suivre, si c'est clair, si il n'y a pas trop de phrases, on arrive à retenir quelque chose et on essaie d'appliquer ça»*

Certains ont fait remarquer que le champ d'action plus restreint des médecins spécialistes devrait rendre leur respect des normes scientifiques plus aisé.

M5: *«en médecine générale, c'est un peu le problème, on a un champ d'intervention extrêmement large et on ne peut pas être au courant de la dernière nouveauté en terme de prise en charge, contrairement à nos amis spécialistes qui ne se concentrent que sur un organe ou un appareil et qui, il me semble, peuvent maîtriser plus facilement...»*

D'autres ont évoqué le manque de temps durant la consultation pour retrouver les éléments de la norme, voire même pour en appliquer certaines qui ont été qualifiées de chronophages.

M12: *«comme je vous ai dit on ne peut pas connaître toutes les normes parce qu'elles ne sont pas claires et que ça prendrait trop de temps de les regarder à chaque consultation»*

M4: *«Si on nous dit tel diagnostic euh, les angines on nous dit qu'il faut faire le diagnostic avec les TDR et bien moi j'ai pas le temps de faire ça, moi j'ai la salle d'attente pleine, c'est dix minutes par consultation, il faut que ça aille vite, si ça prend plus de temps je suis un peu embêté alors quand c'est une angine et une vraie angine et on n'en voit pas des tonnes et des tonnes parce que c'est souvent des pharyngites, des rhino-trachéites et des choses comme ça, et les vraies angines, je vois pas l'intérêt d'aller faire un test par exemple sachant que ça va me prendre 5 minutes pour le lire que ça va me faire perdre du temps.»*

Le manque de temps de façon générale a été évoqué comme une difficulté pour se former et prendre connaissance des différentes normes scientifiques. Un médecin a souligné alors l'intérêt de pouvoir accéder aux données de la science sous forme synthétique au travers des recommandations.

M3: *«quand on travaille beaucoup, il est évident qu'on ne peut pas avoir le temps d'avoir un esprit serein et avoir le temps de se former et ça c'est vraiment la première des choses, c'est vraiment la première des choses»*

M16: *«En médecine générale, le problème c'est le manque de temps, je n'ai pas le temps de lire toutes les revues médicales et on ne peut pas faire autant de formation que l'évolution des pratiques rend nécessaire, donc avoir des collègues d'experts qui réfléchissent et nous indiquent ce que les avancées de la recherche recommandent comme optimal pour la santé de nos patients est une très bonne chose...»*

Ressenti des médecins quant au processus de normalisation actuel

De nombreux médecins ont exprimé le sentiment que de plus en plus de normes venaient guider leurs pratiques médicales. Ils ont prédit également que cette tendance à la normalisation allait perdurer et s'accroître.

M12: *«on a le sentiment qu'on nous demande d'avoir des pratiques de plus en plus formatées»*

M13: *«C'est vrai qu'on s'oriente vers la télémédecine, vers les ordonnances toutes faites, il y a une dépersonnalisation de l'exercice médical, à terme, on en n'est pas là mais on sent bien*

qu'on s'oriente dans cette direction. Il y a en ce moment une tendance au formatage»

M2: *«il y a des normes qui voudraient guider de façon assez rigide... actuellement, à notre époque un peu plus (...) parce que on est tous dans le calcul aujourd'hui, le règlement, l'efficacité, la conduite réfléchie, adaptée»*

La plupart ont semblé s'accommoder de cette nouvelle orientation que prenait la pratique médicale, voire s'y résigner. Ils ont affirmé que l'instauration de normes pour guider leur pratique était un principe acceptable, à quelques conditions près.

M13: *«je n'ai rien contre l'idée de normes mais on a le droit d'utiliser des voies plus marginales quand on estime que c'est pour le bien du patient qu'on a en face de nous»*

M2: *«ce n'est pas vraiment la notion de normes qui est gênante mais il faudrait discuter chaque norme»*

M6: *« le libéralisme forcené qui consisterait à dire: moi, je fais une profession libérale, je suis le seul maître à bord, ici c'est mon bateau, euh je sais tout. Non, on ne sait pas tout, si le code de la route change et qu'on apprend que telle ou telle façon de conduire réduit la mortalité ben faut s'y adapter quoi, si dans telle zone c'est 80 km à l'heure et dans telle zone c'est 60 et ben on va respecter, sinon on est sans arrêt en porte à faux avec les normes, voilà. (...) les recommandations varient, comme ça elles peuvent apparaître de manière récente et elles peuvent entrer en contradiction avec ce qu'on avait l'habitude de faire, j'exerce depuis, je vous le répète depuis trente-sept ans c'est sûr que j'ai été obligé de m'adapter à des normes quelques fois, parce que je vous le dis encore j'adhère, ça doit correspondre à une logique donnée, enfin des logiques, ça peut entrer en contradiction enfin pas en contradiction, en porte à faux avec ce que j'ai fait jusqu'à présent mais je m'adapte, j'accepte, je ne vais pas lutter»*

Cependant des médecins ont parfois déploré l'inconfort engendré.

M12: *«par exemple, on ne doit pas prescrire d'antibiotiques systématiquement sur des angines parce qu'elles sont pour la plupart virales et donc on doit faire des tests de dépistage rapide pour dépister le streptocoque euh... il faut essayer de prescrire des génériques d'ailleurs on devrait maintenant prescrire en DCI, ça nous complique vraiment les choses»*

M2: *«Maintenant il va falloir que ce soit, euh rien que les règles de la dernière convention en médecine générale, ça risque de pas être très confortable alors peut-être que les jeunes générations seront plus à même de se fondre dans le moule mais il va peut-être y avoir de la*

casse dans nos rangs. Nous, on n'a pas l'habitude de pratiquer une médecine rigide»

Plusieurs médecins ont dit ressentir une incitation indirecte à suivre les normes scientifiques, l'information diffusée à leur sujet leur semblant abondante et récurrente.

M6: *«oui oui, on est sans arrêt concerné par des articles quand même quoi ou alors, celui qui ne s'intéresse à rien, qui décide d'écarter tout type d'informations qui soit de cet ordre-là, il est complètement hors du coup, oui moi dès que j'ouvre une revue je lis des études sur l'évaluation de tel traitement telle procédure, oh oui on est incité»*

L'incitation la plus directe émanerait de l'Assurance Maladie.

M3: *«ben oui, c'est le désir de la sécurité sociale. La sécurité sociale est là pour nous rappeler que je prescris trop de choses comme ci et trop de choses comme ça et que les choses que... que la littérature médicale me fait penser qu'il ne faut pas que j'en prescrive autant.»*

Certains ont semblé par ailleurs sous-entendre que les agences de santé étaient utilisées comme des instruments pour limiter les dépenses de santé en soulignant les pratiques efficaces et en disqualifiant celles qui étaient inutiles.

M13: *«on sent bien derrière la multiplication de ces recommandations qu'il y a une volonté de normer notre pratique et pour une maîtrise comptable»*

M11: *«ah complètement oui complètement avec à la fois les recommandations et les normes de la sécu et je pense que ça va aller encore plus dans ce sens-là parce que on va être obligé de suivre des démarches qui sont formatées pour éviter les dérives financières je pense que le problème va être là.»*

Un médecin a par ailleurs dit croire en la partialité de l'AFSSAPS lors de l'édification de certaines normes.

M2: *«les papiers de l'afssaps qui ont été assez critiqués par la revue prescrire par exemple comme étant éventuellement euh... pouvant être partial»*

Quelques médecins ont regretté de ne pas être consultés lors de l'élaboration des normes scientifiques. Ils ont dit avoir l'impression qu'elles provenaient de l'extérieur de la profession, sans véritables justifications ou argumentation sur leur bien-fondé.

Normes de pratiques médicales et considérations éthiques.

La plupart des médecins ont affirmé que l'objectif de la pratique médicale était de dispenser les meilleurs soins possibles. Toute norme dont l'application pouvait être bénéfique en termes de santé pour le patient se devant alors d'être suivie. Certains ont évoqué le contrat moral qui les liait à leurs patients.

M14: *«on reçoit les recommandations de la HAS régulièrement... sinon on peut aller sur leur site internet, on essaie de les assimiler... enfin on retient les grandes lignes essentiellement et on essaie de les appliquer mais ce qui est très important c'est de se tenir informé des nouvelles avancées en lisant les revues médicales parce que tout évolue très vite et on doit toujours faire bénéficier nos patients des meilleurs traitements à disposition»*

M2: *«oui bien sûr, il faut qu'on s'oblige à les respecter puisqu'elles sont quand même pondues pour le bien de la santé des patients.»*

M13: *«en fait toutes ces règles reposent sur le contrat tacite, là je ne vous parle pas de cette idiotie de médecin traitant pondue par la sécu, le contrat avec le patient c'est de lui faire bénéficier des meilleurs soins possibles mais on reste des êtres humains bien sûr et on peut se tromper donc on a des règles, des normes qu'on suit pour lui fournir ces meilleurs soins»*

Plusieurs médecins ont dit que toute norme qui leur semblerait préjudiciable pour la santé de leurs patients devait être transgressée.

M14: *«alors bien sûr, j'essaie d'avoir des pratiques raisonnables et j'essaie de pas prescrire d'exams s'ils ne sont pas nécessaires, on ne cherche pas à ruiner notre système de santé, mais j'ai d'abord un devoir envers mon patient, donc je ne vais pas m'empêcher de prescrire un traitement ou un examen si je pense que c'est utile, juste pour aider la sécu à faire des économies.»*

M3: *«les études scientifiques nous permettent d'évaluer l'efficacité des traitements et des différents examens et il est essentiel de s'appuyer là-dessus mais il faut s'en écarter de temps en temps...mais cet écart est réfléchi et justifié, on est quand même individuellement responsable de nos patients»*

Enfin, certains ont expliqué que des considérations économiques ne devaient pas faire obstacle à une bonne prise en charge médicale de leurs patients.

M14: *«mais franchement je ne me fixe pas beaucoup sur leurs demandes parce qu'ils ont un*

objectif économique et que mon objectif à moi ce n'est pas ça, mon objectif c'est de bien soigner mes patients...»

Seul l'intérêt, en termes de santé, du patient devait présider aux choix des pratiques à suivre.

M8: *«le premier principe et devoir du médecin, c'est de prendre soin du patient particulier qu'il a en face de lui, ça fait presque exploser toutes les normes ; s'il faut sortir des normes pour lui sauver la vie, ça peut être nécessaire de sortir des normes, un traitement qu'on utilise en dehors de ses indications ou sûrement plein d'autres situations.»*

Exigences concernant les normes de pratiques médicales.

Plusieurs médecins ont exprimé des exigences quant aux normes de pratiques médicales. Elles devaient revêtir certaines caractéristiques afin de mieux correspondre à l'essence de leur profession.

Certains ont souhaité, tout d'abord, que les normes ne leur soient pas opposables ; ils voulaient que leur application reste souple et soit soumise à leur jugement. Ils ont précisé que les normes étaient par nature schématiques et ne pouvaient pas prévoir l'ensemble des cas particuliers rencontrés. La possibilité d'une adaptation circonstanciée leur a paru indispensable. Des médecins ont parlé ainsi de la médecine comme d'un art.

M13: *«On essaie de faire rentrer nos pratiques dans des cases, c'est à dire dans des normes et ces normes sont faites de façon moyenne pour une population large et on ne doit pas nous les imposer de façon stricte»*

M7: *«le frein c'est la rigidité, c'est quand justement il n'y a plus ces nuances, quand la discussion n'est plus possible, qu'on n'a plus la possibilité de s'adapter à la réalité de la situation clinique, c'est ça le frein pour moi, ou alors quand il y a des sanctions, je vous parlais de la CPAM, quand il y a des sanctions immédiates si on ne suit pas les règles, sans réfléchir sur un cas donné, sans tenir compte des différents paramètres annexes, je n'accepterais pas ce genre de normes trop rigides.»*

M8: *«je trouve que notre métier c'est plein d'entre deux, c'est tout un art en fait, il y a des normes mais il faut savoir en sortir...rarement quand même.»*

Quelques médecins ont déploré l'absence de concertation avec la profession lors de

l'élaboration des normes, ils pensaient que leur point de vue aurait permis d'établir des normes plus adaptées à leur exercice.

M9: *«C'est important que ces normes soient adaptées à la pratique de terrain, il faut qu'elles nous apportent quelque chose, qu'on n'ait pas l'impression qu'elles ne viennent de nulle part»*

Quelques médecins ont exprimé la nécessité d'une plus grande transparence concernant l'élaboration des normes de pratiques médicales. Il leur semblait important pour se déterminer à leur sujet de savoir qui les a établies et quel était l'objectif visé.

M1: *«Non, je suis tout à fait pour qu'il y ait des normes, des règles quoi, mais qu'on sache qui les a édictées, dans quel but, qu'on le sache tout le temps et qu'on sache qu'est-ce qui arrive quand on ne respecte pas la norme (...) Voilà, je pense que pour chaque norme, d'autant plus si elle est obligatoire, il faut savoir qui l'a écrit et dans quel but voilà.»*

Certains ont précisé qu'une surveillance du bon suivi des normes de pratiques était superflue car un devoir envers leurs patients impose de dispenser les meilleurs soins possibles.

M16: *«Par contre un flicage ne me paraît pas être une bonne chose, on doit être fliqué par sa propre conscience, le patient nous fait confiance, il nous livre sa santé et on doit lui apporter tout ce qu'on peut sans pour cela y être incité par qui que ce soit»*

M10: *«j'ai toujours fait une médecine comme j'aurais fait pour moi, on est responsable de nos patients et on n'a pas besoin de nous faire suivre des normes de façon autoritaire ou même nous inciter par une carotte pour bien soigner les gens»*

Un médecin a souhaité, quant à lui, que cette surveillance ne soit pas dévolue à l'Assurance Maladie. L'institution ne lui semblait pas avoir un jugement objectif dans ce domaine.

M3: *«je pense que le problème c'est qu'elle est juge et partie dans la question, j'aimerais bien qu'il y ait une instance qui soit un petit peu objective et débarrassée du paiement et qui puisse un petit peu dire s'il y a des travers et où ils sont et qu'ils le disent d'une manière euh générale, parce que des travers il y en a, bien entendu, dès qu'il y a une activité humaine»*

Certains ont exprimé la nécessité de voir des considérations médicales présider à l'élaboration de normes de pratiques. Les autres considérations, notamment économiques, devraient être reléguées à un second plan.

M14: *«Mais il y a quand même une logique dans nos pratiques on ne peut pas prescrire juste pour faire plaisir; il faut que ça soit justifié médicalement.»*

M15: *«mais j'espère qu'on n'en arrivera pas à d'autres types de normes comme en Angleterre ou autre où on ne met plus de prothèse de hanche à partir d'un certain âge et qui ne sont plus des normes d'origine médicale mais des normes d'origine politico-économique.»*

Un médecin, enfin, a noté que la bonne prise en charge des problèmes de santé des patients nécessitait une coopération et une circulation des informations entre les différents acteurs de santé. Il souhaiterait donc voir imposées des normes de bonne pratique dans ce domaine.

M13: *«il y a des normes pour la continuité des soins qui ne sont pas respectées, les hôpitaux ont beaucoup de mal à nous faire parvenir des comptes rendus d'hospitalisation, ça dépend un peu des services, des médecins hospitaliers et puis on n'est pas tenu au courant des décisions prises pour nos patients, on ne participe pas aux décisions; c'est là qu'on devrait imposer des normes de bonnes pratiques pour que le patient puisse bien être pris en charge.»*

Le refus des normes de pratiques médicales revêtant un caractère obligatoire.

Pour l'ensemble des médecins, les normes de pratiques médicales ne devaient pas revêtir un caractère obligatoire. Ils ont affirmé qu'une pratique basée sur une observation stricte des normes serait inadaptée à la gestion de la santé d'êtres humains, par nature différents les uns des autres. Une réflexion personnelle pour adapter ces normes à chaque cas particulier leur semblait indispensable.

M5: *«qu'il y ait des règles ou des normes comme vous dites qui nous indiquent une ligne directrice qui a été éprouvée par des études ou réfléchi par des experts, oui, mais qu'on n'ait pas la possibilité de s'en écarter quand on le juge nécessaire, certainement pas, on a quand même la capacité d'évaluer ces grands principes en fonction de la personne individuelle qu'on a en face de soi, c'est une évidence»*

M3: *«il faut que nos pratiques se basent le plus possible sur ce qui est prouvé comme efficace ou même simplement réfléchi comme tel par les experts mais il est évident que la variabilité des êtres humains ne permet pas de les appliquer de façon automatique»*

M16: *«si c'était une observation stricte, je serais contre, comme je vous disais, il y a des cas atypiques qui nécessitent des adaptations»*

Certains ont précisé qu'une telle application aveugle de normes de pratiques serait dangereuse pour la santé de leurs patients.

M14: *«si on devait les suivre strictement ce serait dramatique, pour certains de nos patients en tout cas, parce que, pour certains, suivre les normes n'est pas bénéfique pour eux parce que leur situation clinique peut être particulière... on a affaire à des êtres humains, ce ne sont pas juste des mécaniques hein, ça serait dangereux.»*

M5: *«s'il ne faut absolument pas en déroger, je pense que c'est trop rigide et que ça peut poser des problèmes, c'est dangereux»*

Des médecins ont souligné que la nécessité de la prise en compte des préférences et des attentes des patients rendait de telles pratiques impossibles. Plusieurs ont estimé que les décisions médicales devaient être discutées et négociées avec leurs patients et non imposées de façon autoritaire.

M2: *«je ne conçois pas les rapports humains ainsi, j'ai des patients en face et je prends en compte leur situation, leur vision des choses, je ne leur impose pas une façon de faire parce que la norme le dit»*

M11: *«il y a besoin de réflexion personnelle, de réflexion en collaboration avec les patients, on n'est pas de simples agents d'application de normes.»*

Par ailleurs, un exercice basé sur l'application mécanique de normes a été unanimement jugé déshumanisant. Un espace de liberté et de réflexion personnelle a été qualifié de fondamental.

M6: *«Il faut une part de liberté, parce que l'être humain ne rentre pas forcément dans un moule comme ça, de robots identiques les uns aux autres, il y a la part de la dimension personnelle, donc il y a des situations où ne suivre que les normes, on m'imposerait d'avoir tel type d'attitude thérapeutique, non, il me faudrait une part de liberté.»*

Une telle orientation rendrait l'exercice de la médecine sans intérêt.

M11: *«Mais pour les médecins à l'heure actuelle, je ne pense pas, ce n'est pas pour ça qu'ils ont fait ce métier (...) on n'est pas de simples agents d'application de normes»*

M13: *«ce serait bien ennuyeux et bien triste, ça serait la mort de notre profession»*

M9: *«suivre simplement ce qui est inscrit dans les papiers de la sécu, ce n'est pas la peine d'avoir fait des études de médecine pour ça...j'aurais vraiment l'impression de revenir aux officiers de santé qu'on avait avant, si vous voulez»*

M7: *«les normes de la science c'est une base sur laquelle on s'appuie, et ça serait vraiment frustrant s'il fallait réduire notre travail à juste observer des normes et pas avoir son mot à dire, de la place pour sa propre réflexion, non c'est important d'avoir quand même un peu de liberté décisionnelle»*

Pour certains, une telle application stricte de la norme était jugée incompatible avec la notion de pratique libérale à laquelle ils étaient attachés

M10: *«c'est très contraignant, oui c'est très contraignant et puis ça serait pas efficace, si on observait de façon stricte des normes, non on ne peut pas faire ça en médecine libérale et ça me paraît difficile d'avoir une médecine de normes comme dans les pays à haute euh pression socialiste sur la médecine ; moi je suis essentiellement libéral, je pense que les gens font, quand on les laisse faire pour leur intérêt, ils le font bien»*

M9: *«si j'ai choisi de pratiquer la médecine libérale, ce n'est pas pour être enfermé dans des normes justement»*

La faisabilité d'une normalisation extrême de leurs pratiques a été jugée faible.

M2: *«c'est vrai qu'il y a certainement un essai de cadrer de façon très serrée des pratiques, bon, comme je vous dis, au quotidien on sait bien que ça ne va pas marcher au poil et que ça va mettre du temps, je ne suis pas très très inquiète de toute façon, je ne pense pas qu'on puisse imposer des normes comme ça»*

Les normes de pratiques médicales promues par l'Assurance Maladie

Dans l'esprit des médecins généralistes, la méthode d'élaboration des normes de pratiques médicales promues par l'Assurance Maladie était floue.

Certes, des médecins de l'Assurance Maladie participaient probablement à leur édification mais, n'ayant pas d'activité de terrain, ils contribueraient à créer des normes théoriques.

Certains ont évoqué également la participation d'économistes.

M16: *«je ne sais pas trop, je crois que ce sont des médecins qui n'ont jamais prescrit de leur vie je pense, ils ont fait les mêmes études que nous mais se sont orientés vers une carrière administrative et puis il y a sûrement des spécialistes de l'économie.»*

M12: *«Je pense que ce sont des fonctionnaires ou des gens qui veulent absolument, des gens*

qui disent ben il faut faire comme ceci, comme cela (...) ils ont une vision un peu idéale et théorique des choses, ils sont un peu dans leur bulle, si vous voulez, dans leur petit bureau et ils n'ont pas une vision de ce qui est pratique.»

Plusieurs médecins, par ailleurs, ont mis en avant l'absence de concertation dans l'établissement de ces normes avec pour conséquence de ne pas prendre en considération l'ensemble des facteurs influençant les décisions médicales dans la pratique de terrain.

M9: *«oui de la sécu et de l'Etat aussi enfin de ceux qui sont en charge de surveiller les dépenses sanitaires. Leur objectif c'est de faire des économies, mais bon pour que le système perdure; mais ils essaient quand même de se baser sur les études scientifiques mais on a quand même l'impression que c'est des gens qui sont assis dans des bureaux et qui ne savent pas ce qui se passe sur le terrain, ils prennent des dossiers mais ils interrogent pas les gens qui sont en contact avec la pratique, ce sont des experts... alors on a les experts qui sont nos leaders d'opinion si on peut dire et eux ont beaucoup plus conscience de ce qui est pratique mais après les experts de la sécu n'ont aucune vision de ce qui se passe sur le terrain et on a encore plus l'impression avec l'Europe que tout va devenir encore plus théorique»*

Plusieurs médecins ont estimé que pour établir ces normes, l'Assurance Maladie s'appuyait sur les données de la science. Elle incitait également à respecter les recommandations de bonne pratique des agences de santé dans une volonté d'améliorer la qualité des soins dispensés à la population et de minimiser les dépenses de santé.

M15: *«la sécurité sociale exerce une incitation à bien suivre les différentes recommandations de bonnes pratiques et puis aussi à avoir une pratique médicale qui ne soit pas dispendieuse.»*

L'ensemble des médecins interviewés s'est accordé pour dire que le choix des pratiques à promouvoir au travers de ces normes s'effectuait en vertu de considérations principalement économiques. L'objectif visé était une réduction des dépenses de santé.

M8: *«je crois qu'elles (les normes de la sécurité sociale) ne sont pas fondamentalement différentes des recommandations de bonnes pratiques mais clairement elle (l'Assurance Maladie) met surtout en avant des normes qui permettent de faire des économies»*

M4: *«La sécu, lorsqu'elle établit des normes, elle dit que c'est pour le bien des gens, pour leur santé, pour diminuer les complications mais c'est surtout pour des raisons d'économie même si clairement elle s'appuie sur des études scientifiques, elle en fait une lecture enfin les*

quelques éminences grises enfermées dans leurs bureaux, orientée clairement par un souci économique.»

Cependant ce désir de maîtrise des dépenses semblait légitime pour de nombreux médecins.

M3: *«mais c'est aussi à son honneur de faire attention à l'argent qu'on lui donne euh à l'argent qu'elle dépense, ben oui c'est tout à fait normal que l'argent qu'on lui donne elle est censée, on lui donne la lourde tâche quand même de bien gérer hein, donc c'est normal qu'elle fasse attention à ce que coûtent les soins.»*

Certains ont même affirmé spontanément tenir compte de l'impact financier de leurs pratiques.

M8: *«je crois que c'est de l'économie et qu'on ne peut pas s'y soustraire, ce n'est pas aberrant parce qu'on est dans du fond public et c'est normal qu'on nous demande ce qu'on fait des fonds publics. On fait partie d'une société, on n'est pas tout seul, ça me semble légitime qu'on me demande de prouver que ce que j'ai dépensé l'est à bon escient»*

M14: *«alors bien sûr, j'essaie d'avoir des pratiques raisonnables et j'essaie de pas prescrire d'exams s'ils ne sont pas nécessaires, on ne cherche pas à ruiner notre système de santé»*

Cependant le critère financier a été considéré par la plupart des médecins interrogés comme secondaire dans leur prise de décisions médicales. Il ne serait pris en compte que lorsqu'il ne s'opposait pas à la qualité des soins.

M16: *«on dépense trop d'argent selon eux alors c'est sûr qu'il faut faire attention mais c'est un facteur de second ordre, je dirais. D'abord je m'occupe de la santé des gens puis, si je peux, je le fais de façon économique»*

Malgré cela, les médecins ont déclaré que leurs pratiques coïncidaient globalement avec les normes promues par l'Assurance Maladie.

M12: *«si on ne suit pas les normes on se fait étriller par la sécurité sociale, enfin moi ça ne m'est pas arrivé parce que je suis... je pense être dans la norme malgré tout»*

M4: *«des fois il y a une petite contradiction entre nous, ce qu'on pense et ce que la sécu veut, comme la sécu a parfois un objectif purement économique alors que nous ce n'est pas la priorité, nous on veut d'abord soigner les gens, ne pas prendre trop de risque là je repense aux IPP qu'on donne même si on ne devrait pas, voilà on a plus tendance à couvrir nos patients, à donner des médicaments, à faire dépenser des choses, on est plus à se laisser*

entraîner, à donner des arrêts de travail se laissant influencer par le ressenti de nos patients mais au total, non on suit les normes»

Les mesures mises en place par l'Assurance Maladie pour inciter à suivre les normes

Pour l'ensemble des médecins interrogés, l'Assurance Maladie a mis en place différentes mesures pour encourager le respect des normes de pratiques médicales qu'elle souhaitait voir appliquées.

Des médecins ont évoqué des normes de pratiques qui leur étaient imposées pour que leurs patients puissent bénéficier d'une prise en charge financière notamment en affection longue durée (ALD).

M12: *« théoriquement je devrais les (les normes de la sécurité sociale) connaître comme par exemple les déclarations d' ALD mais je ne les connais pas vraiment»*

M11: *«il y a aussi les normes imposées par les autorités sanitaires comme pour les prises en charge»*

Des mesures incitatives à l'application de normes par l'Assurance Maladie étaient citées. Il s'agissait du paiement à la performance initié par le CAPI dont le principe était repris dans la nouvelle convention, des visites des délégués de l'Assurance Maladie et parfois de médecins-conseil.

M15: *«la dernière convention médicale qui prévoit de nous rémunérer en fonction de notre observation de normes»*

M13 : *«il y a la sécu, puisque avec la nouvelle convention, on nous impose de plus en plus un modèle de prise en charge»*

Il est à noter qu'une partie de la mission des délégués de l'Assurance Maladie a suscité l'incompréhension de quelques médecins. En effet, ils demandaient aux médecins de réduire certaines de leurs prescriptions car plus fréquentes que celles de leurs confrères de la région. Cette uniformisation des pratiques par comparaison statistique de l'activité des médecins ne leur a pas semblé pertinente. Deux médecins ont estimé que cette démarche perdait de vue l'intérêt médical du patient pris individuellement.

M16: *«En plus, ce que je ne comprends pas bien c'est qu'ils comparent mon activité par rapport à mes confrères de la région, on n'a pas forcément le même type de patients, ça ce sont juste des normes statistiques par rapport à ce que font la plupart des gens, ils ne*

s'intéressent pas au patient à qui je dispense des soins, c'est une vision des choses déshumanisée»

M9: *«On a aussi ce côté statistique, si vous voulez, que moi j'ai du mal à comprendre, on vous dit par exemple vous avez prescrit tel antibiotique tant de fois dans le trimestre, bon si j'ai prescrit l'antibiotique, c'est que j'ai pensé que les gens en avait besoin et ça ce sont des normes statistiques, on vous dit attention vos confrères du département ont prescrit deux boîtes de moins, ça me gêne un peu, ça ne me semble pas très pertinent de calquer mes prescriptions sur ce que fait la moyenne de mes confrères, ça ne me semble pas être la solution ni pour améliorer la santé des gens, ni pour économiser de l'argent.»*

Les délégués de l'Assurance Maladie avaient également pour objectif d'encourager certaines pratiques, des médecins ont estimé que les arguments scientifiques alors avancés étaient parfois discutables.

M7: *«on a des entretiens de temps en temps avec la CPAM qui vient nous exposer les choses, et on est d'accord ou pas d'accord avec ce qu'ils nous disent au niveau des données scientifiques»*

Plusieurs médecins ont considéré que les mesures mises en place par l'Assurance Maladie pour faire coïncider leurs pratiques avec les normes qu'elle souhaitait voir appliquées étaient une intrusion illégitime dans leur domaine de compétence. Cela a été à l'origine d'un certain agacement.

M9: *«Et quand même, on a un peu d'expérience. Quand on a dix ans de médecine et qu'on a une déléguée de la sécurité sociale qui vient vous dire: voilà comment on doit traiter une sinusite aiguë maintenant, c'est peut-être des normes mais moi je ne les accepte pas bien...»*

Ils ont exprimé le sentiment que l'Assurance Maladie sortait alors du rôle qui lui était dévolu.

M3: *«quelque chose a été pondu par la sécurité sociale, elle a émis elle-même des règles, des trucs alors que ce n'est pas de sa prérogative (...) bon qu'on puisse s'appuyer sur des normes pour savoir ce qui est le mieux pour un patient diabétique, oui mais il faut que la sécu, enfin c'est pas à elle de le dire: «je vais vous dire comment il faut faire et puis je vais faire passer des coups de téléphone par mes collaborateurs pour vous aider», non, si j'ai besoin, qu'on me demande comment on peut m'aider, c'est plutôt ça.»*

M12: *«je pense que les technocrates qui pondent ces normes restent des technocrates c'est tout, ce ne sont pas des médecins, c'est clairement pas à des gens dans des bureaux de nous*

dire comment pratiquer la médecine, ils ont un savoir économique bien sûr, mais pour ce qui de la médecine...»

Certains médecins ont parlé d'une surveillance pesante de leurs pratiques. Ils ont dit ressentir une véritable pression qui rendait leur exercice inconfortable et stressant.

M3: *«on a l'impression d'être un petit peu sous surveillance hein, nos prescriptions sont disséquées au scalpel»*

M13: *«libéral ne veut pas dire sauvage mais libéral ne doit pas vouloir dire liberté surveillée non plus, or nous sommes en liberté surveillée»*

M10: *«Vous savez, je suis retraité actif, s'ils me font trop de, de, pour pas être grossier, de misères, et bien je m'en vais, c'est simple je suis à la retraite alors...mais j'ai toujours fait comme ça, vous savez je n'ai pas changé mon activité, ils ont beau menacer, je continue à exercer la médecine qui me paraît efficace et sensée»*

Mais il a été aussi souligné que les sanctions en cas de non-respect des normes de pratiques de l'Assurance Maladie étaient peu fréquentes et que, par conséquent, ils demeuraient seuls maîtres de leurs pratiques.

M13: *«je vais recevoir la représentante de la sécu le 25 et qui va me présenter mon score de l'année dernière en me disant mais pourquoi autant d'indemnités journalières etc etc, on sent bien qu'ils veulent qu'on fasse exactement comme ils veulent sans tenir compte de l'individualité qui nous fait face. Même si on sait pertinemment qu'il y a relativement peu de sanctions (...) c'est juste un mauvais moment à passer.»*

M2: *«la norme voudrait que l'on face des «TDR» à tous les sujets qui arrivent ici avec une angine, bien qu'on ait un peu d'arbre décisionnel en fonction du tableau pour le faire ou pas le faire et qu'on garde une latitude, ce qui est bien normal, et on n'est quand même pas dans un système coercitif qui fait qu'effectivement je suis obligé de faire ce test, si je ne veux pas le faire, je ne le fais pas»*

Plusieurs médecins ont précisé que cette volonté de normalisation des pratiques était une limitation de leur liberté d'action. Ils ont signalé avoir le sentiment d'un encadrement strict de leur activité.

M2: *«on commence à ne pas pouvoir avoir beaucoup de latitude et effectivement devoir*

connaître et maîtriser les références de l'afssaps, et les normes qui voudraient être imposées par la sécurité sociale»

M9: *«non, j'ai l'impression quand même qu'on est de plus en plus encadré mais ça peut aller quand même dans le bon sens mais la pratique libérale... vous voyez, moi ça fait 30 ans que je suis ici et quand je voyais les ordonnances de mes prédécesseurs, je me dis ils avaient quand même plus de liberté»*

Une lutte de pouvoir pour expliquer cette politique de normalisation a été évoquée.

M5: *«mais tous ces conflits avec la sécu à propos de normes qu'ils voudraient imposer et que les médecins ont du mal à accepter, c'est une histoire de pouvoir ; avant les médecins avaient une vraie influence, regardez dans les villes les personnes importantes c'étaient qui?... le maire, le curé, le médecin, l'instituteur, et je crois que le but c'est de diminuer le pouvoir d'influence des médecins et on veut leur supprimer toute liberté pour les faire passer pour de simples exécutants des décisions prises par les pouvoirs publics»*

Enfin certains médecins ont considéré que l'Assurance Maladie usait d'un discours et de mesures manipulatoires pour parvenir au respect de normes de pratiques médicales. Ils ont cité la technique de «la carotte et du bâton» pour encourager au suivi des normes et quelques-uns ont qualifié le discours justifiant la nécessité du respect des normes de pratiques médicales par une amélioration de la qualité des soins de «discours de façade»

M3: *«je pense que son premier argument qui est un argument qui n'est pas injuste, c'est que les gens soient bien soignés... mais je ne pense pas qu'elle fasse ça pour que les gens soient bien soignés, je pense qu'elle fait ça parce que elle veut faire des économies d'argent.»*

Le principe du paiement à la performance.

S'agissant des normes promues par le paiement à la performance, elles ont été perçues, tout comme l'ensemble des normes dont le respect était encouragé par l'Assurance Maladie, comme ayant un intérêt variable en terme de bénéfice de santé. Certains ont considéré que quelques-unes étaient pertinentes et logiques, d'autres n'y ont vu qu'une volonté de réduction des dépenses de santé, sans gain en terme de qualité des soins.

M6: *«Moi, je suis le CAPI mais pas tout le temps, je considère que le crestor est le meilleur hypolipémiant dans les dyslipidémies un peu... et ben ce n'est pas parce que le CAPI me demande de prescrire de la pravastatine... je vais pas non plus pénaliser mes malades mais*

dans l'immense majorité des cas, il y a une logique valide (...) je ne me sens pas acheté dans la mesure où, dans les normes de la sécu, il n'y en a aucune qui ne me paraisse bouffonnesque si je peux me permettre d'utiliser un mot qui me vient tout de suite à l'esprit»

M12: *«la sécurité sociale se fiche pas mal de nos pratiques médicales, ce qui l'intéresse c'est juste de faire des économies, ils ne s'occupent que de leurs comptes, ils se fichent complètement de la qualité des soins parce que, quand vous voyez les objectifs qui nous sont fixés par la nouvelle convention médicale, ce n'est clairement pas leur problème, leur problème c'est de maîtriser les dépenses de santé c'est tout. Quand je regarde dans la nouvelle convention, sur quels critères les médecins vont être payés c'est n'importe quoi»*

Des médecins ont souligné que quelques-unes de ces normes avaient suscité débat et controverse, voire même une certaine résistance d'une partie de la profession.

M2: *«en plus, il y a quand même une certaine élévation, une certaine fronde, une certaine opposition à cette convention»*

La majorité des médecins a dit ne pas approuver le principe d'une rémunération supplémentaire accordée à ceux qui se conformeraient aux normes de l'Assurance Maladie.

Deux types d'arguments ont alors été avancés:

▲ certaines de ces normes allaient à l'encontre de l'intérêt médical du patient.

▲ les patients devaient bénéficier des meilleurs soins indépendamment d'une prime financière qui serait octroyée au médecin.

M16: *«alors je suis totalement contre ce principe, j'ai fait médecine pour prendre en charge des malades parce que je suis concernée par leur santé, et cette prise en charge doit être optimale, indépendamment d'une prime qu'on nous donnerait.»*

M9: *«Alors ça je suis absolument contre. Bon, il faut dire aussi que moi je suis dans ma 66ème année et qu'on m'impose euh...enfin je trouve ça anormal qu'on nous donne des primes pour suivre des bonnes pratiques si vous voulez (...) voilà je pense que ce n'est pas très moral de recevoir des primes pour bien faire son travail»*

Néanmoins, quelques médecins ont expliqué accepter recevoir un surplus de rémunération au motif que les normes auxquelles on leur demandait de se conformer leur paraissaient justifiées.

M4: *«Alors est-ce que c'est bien que la sécu nous donne des sous? Oui, c'est bon à prendre*

mais je vous dis dans tout ce qu'ils nous demandent, bon faudrait revoir de façon très précise, ça semble logique euh justifié»

M8: *«ça fait son chemin, je pense que le paiement à l'acte n'est plus un paiement adéquat. Ça ne me dérange pas de prendre de l'argent en fonction de l'adéquation de mes pratiques avec ce que demandent les normes de bonnes pratiques puisque ces normes, j'y adhère.»*

D'autres ont accueilli favorablement cette prime mais ont dit, pour autant, ne pas modifier leur pratiques en vue de l'optimiser. Ils ont expliqué que l'observation de ces normes était soumise aux bénéfices que le patient pouvait en espérer en termes de santé.

M7: *«Ça m'intéresse plus de suivre les normes scientifiques que de rechercher la performance et de regarder, tous les soirs, mon ordinateur pour voir si je vais toucher le bonus, ça ne m'intéresse pas, ça m'intéresse pas, je trouve ça... C'est bien de ramener de l'argent si ça concorde mais ce n'est pas ça qui va guider ma pratique ou la modifier.»*

M6: *«il y a des gens qui réfléchissent, qui essaient de nous inciter à respecter strictement des choses..., dans la liste, il y a des choses que je ne pourrais pas suivre et je l'ai dit déjà aux gens de la sécurité sociale, vous ne me ferez pas faire ça par exemple hein mais euh si j'ai à la fin de l'année un chèque et si j'ai été un bon élève, dans la mesure où j'ai pas pénalisé»*

Certains voyaient également dans le paiement à la performance une façon de ne pas réévaluer le tarif de la consultation lors du paiement à l'acte

M4: *«(le paiement à la performance) c'est la carotte qu'on nous met devant. On n'a pas voulu nous augmenter notre C, on va nous donner des sous d'une autre manière, peut-être de façon plus sournoise, en disant comme ça ils vont faire ce qu'on a envie de faire»*

II.2.3/ Synthèse de l'analyse:

Les médecins généralistes interrogés avaient repéré différents types de normes. Les incitations financières qui en résultaient étaient prises en compte et acceptées. Parfaitement intégrées à leurs pratiques, elles pouvaient même, parfois, être valorisées. Leurs transgressions dans des contextes spécifiques étaient érigées en comportement éthique. Le plus souvent, il s'agissait de respecter la singularité d'un patient dans une situation particulière. Ainsi, les repères indicatifs que constituaient les normes ne devaient pas être impératifs. Une normalisation trop stricte n'était pas compatible avec l'essence même de la profession et s'opposait clairement à la qualité des soins. Les décisions devaient être adaptées à la complexité des situations rencontrées et être évaluées dans l'optique de servir au mieux l'intérêt des patients. Les normes qualifiées de « scientifiques » étaient mieux acceptées que celles de l'Assurance Maladie qui leur semblaient être essentiellement justifiées par des considérations économiques.

Dès lors, profitant de la mise en place du P4P en France sous une forme spécifique, nous avons souhaité profiter de « l'expérience naturelle » créée par la mise en place d'un P4P volontaire, sur l'ensemble du territoire, pour interroger un panel plus large de médecins. Ainsi, nous souhaitons dépasser le cadre strict des représentations relatives aux normes médicales pour aller vers plus de pragmatisme et mieux appréhender les raisons ayant pu pousser les médecins à adhérer au P4P, comme celles ayant pu les freiner. Les raisons d'ordre éthique ayant été érigées comme de potentiels freins à l'application des normes, nous avons spécifiquement ciblé notre questionnement sur cet axe afin de savoir si des déterminants d'ordre éthique étaient, ou non, associés au choix du médecin quant à son adhésion au P4P.

III/ LES RAISONS AYANT POUSSE LES MEDECINS GENERALISTES A NE PAS SIGNER UN CAPI

Un an et demi après sa mise en place, le CAPI comptait environ 16 000 signataires, soit plus du tiers de la population cible.(46) Alors que financeur et syndicats s'étonnaient de ce succès, on peut raisonnablement s'interroger sur les freins à la signature d'un tel contrat qui ne prévoyait ni sanction ni irréversibilité. Or, plus de la moitié des médecins généralistes n'avaient pas demandé à signer ce contrat qui ne pouvait qu'augmenter leurs revenus.

Nous avons dès lors fait le choix d'étudier la nature des freins à la signature d'un tel contrat par les médecins généralistes, avant sa généralisation. Ce choix est-il déterminé par le contexte institutionnel (relations au financeur) (115) ou par des caractéristiques propres aux médecins telles que leur perception des risques éthiques liés au P4P. Les risques éthiques étaient ici définis comme la mise en cause d'au moins un des quatre principes fondamentaux de l'éthique médicale (autonomie, bienfaisance, non malfaisance, justice).(87)

A partir d'une enquête réalisée en 2011 auprès de médecins généralistes en activité, nous avons étudié les déterminants du choix de ne pas souscrire le contrat de P4P et plus particulièrement la perception par les médecins généralistes de risques éthiques associés à l'adhésion à un CAPI.

III.1/ Méthode

III.1.1/ Type d'étude

Enquête transversale nationale, par voie électronique, auprès de médecins généralistes exerçant en France.

III.1.2/ Construction et description de l'outil

Le questionnaire a été construit par 4 chercheurs de disciplines différentes (2 médecins généralistes, 1 statisticien, 1 sociologue), sur la base des résultats de deux *focus groups*.(116)

Il comptait 36 questions à réponses fermées dont 17 obligatoires, réparties en 4 parties : caractéristiques des répondants, connaissance des indicateurs et adhésion, considérations éthiques, rémunération et relations à l'Assurance Maladie. Les modalités de réponses étaient

variables, outre les caractéristiques de médecins, 18 questions attendaient des réponses en oui/non, 10 réponses étaient sur une échelle de Likert à 5 modalités.

Le questionnaire comportait également 3 questions ouvertes permettant de répondre par du texte libre.

III.1.3/ Echantillonnage

Les critères d'inclusion étaient : être un médecin généraliste installé et exercer en France métropolitaine. Compte tenu du nombre de variables analysées, nous souhaitions disposer d'un échantillon de signataires de près de 300 médecins, soit, compte tenu du taux d'adhésion national d'environ 1/3, (46) un échantillon total d'environ 1 000 médecins. Les médecins ont été recrutés par courrier électronique à partir de la liste de contacts de la Société Française de Médecine Générale au cours de notre période d'inclusion du 12/04/2011 au 30/04/2011. Pour obtenir les 1 000 réponses souhaitées, nous avons dû mener deux relances à une semaine d'intervalle.

III.1.4/ Analyses

-Questions fermées :

Après une analyse descriptive des réponses nous avons étudié, par des tests d'indépendance de χ^2 , le lien entre la non-adhésion au CAPI et les caractéristiques individuelles des médecins, leur perception des risques éthiques associés au CAPI et la qualité de leurs relations avec l'Assurance Maladie.

Puis, nous avons procédé à une analyse multivariée par la construction d'un modèle de régression logistique. La variable dépendante était la non adhésion à un CAPI.

Pour construire le modèle, en sus des résultats de la littérature, nous nous sommes aidés d'une procédure descendante avec un seuil de significativité statistique fixé à 5 %. Pour ajuster le modèle, nous avons contrôlé par les variables suivantes : sexe, exercice en groupe, participation à un groupe de pairs et relation à l'Assurance Maladie. Les données manquantes ont été recodées.

La sélection des variables a fait l'objet d'une analyse de sensibilité. Pour s'assurer de la robustesse du modèle nous avons vérifié que les variables sélectionnées étaient identiques avec une procédure ascendante et une procédure pas à pas.

La qualité du modèle a également été appréhendée par le calcul du % de concordance entre les prédictions faites à partir du modèle et les données observées.

-Questions ouvertes :

L'analyse des questions ouvertes a fait appel à une méthode mixte : d'abord qualitative par analyse thématique croisée de réponses à trois questions ouvertes, puis quantitative par Analyse des Correspondances Multiples (ACM) des thèmes de réponses obtenus.

Question n°1 (s'adressant aux médecins signataires): le CAPI a-t-il modifié votre pratique médicale ? (O /N). Si oui, donnez deux exemples.

Question n°2 (s'adressant aux médecins non-signataires): l'adhésion au CAPI est-elle, selon vous, susceptible de modifier votre pratique médicale ? Si oui, pourquoi ?

Question n°3 (s'adressant à tous les médecins): pensez-vous que le paiement à la performance menace la place dominante du paiement à l'acte ?

Les réponses à ces 3 questions ont fait l'objet d'une analyse qualitative. Il s'agit d'une analyse inductive systématique suivant cinq étapes constitutives : (117) s'immerger dans les données brutes, identifier les thèmes de réponses avec création d'un index, indexer le texte libre, créer des tableaux reprenant tous les thèmes de réponses pour chaque question, associer les thèmes découverts en vue d'expliquer les résultats. Cette dernière étape étant influencée par les objectifs de l'étude. À cette étape de l'étude qualitative, nous avons croisé les regards de deux chercheurs, afin d'en trianguler l'analyse pour en maximiser l'objectivité.(113) Puis nous avons défini les thèmes de réponses découverts comme variables qualitatives et pu utiliser les tableaux précédemment créés, dits disjonctifs, pour l'étape suivante quantitative: l'analyse par ACM.

Notre méthode mixte est alors dite séquentielle et exploratoire, se déroulant en deux étapes : la première, qualitative et la seconde, quantitative. La méthode mixte a été proposée dans le cadre des ACM par B. Escofier. (118)

L'ACM est une méthode qui permet d'étudier l'association entre au moins deux variables qualitatives. Elle permet d'aboutir à des cartes de représentation sur lesquelles on peut visualiser les proximités entre les catégories des variables qualitatives. L'ACM permet de détecter les axes selon lesquels le nuage de points s'éloigne de son centre d'inertie. Ces axes « synthétiques » peuvent être la résultante de l'influence d'une ou plusieurs modalités des différentes variables. Nous avons utilisé la méthode de l'ACM pour l'analyse des questions n°1 et n°2. Elle nous a permis d'obtenir des profils de médecins en fonction de leurs thèmes de réponses.

L'ensemble des calculs concernant les questions fermées a été effectué sous le logiciel Stata (version 11 SE). L'ACM a été réalisé à l'aide du logiciel SPAD.

Le protocole de l'étude a été approuvé par le comité d'éthique de la Société Française de Médecine Générale.

III.2/ Résultats

III.2.1/ Caractéristiques de l'échantillon

Parmi les 1 214 médecins ayant répondu au questionnaire, 198 ne répondaient pas aux critères d'inclusion. L'analyse porte donc sur 1 016 questionnaires dont 322 ont souscrit le P4P (31.7%).

L'âge moyen des médecins était de 53 ans, il y avait 3 fois plus d'hommes que de femmes, ils exerçaient pour la majorité d'entre eux en zone urbaine (59%) et en cabinet de groupe (60%).

Les caractéristiques des répondants sont résumées dans le tableau 14 :

Tableau 14 : Description de l'échantillon, facteurs socio démographiques ($n = 1\ 016$)

Caractéristique	Total (n)	non P4P		P4P		p
		n	(%)	N	(%)	
Genre ($n=1\ 016$)						0,72
Homme	769	523	(68,0)	246	(32,0)	
Femme	247	171	(69,2)	76	(30,8)	
Âge ($n=1\ 013$)						0,83
< 55 ans	502	344	(68,5)	158	(31,5)	
≥ 55 ans	511	347	(67,9)	164	(32,1)	
Durée d'installation ($n=999$)						0,87
< 25 ans	516	354	(68,6)	162	(31,4)	
≥ 25 ans	483	329	(68,1)	154	(31,9)	
Lieu d'installation ($n=975$)						0,42
Rural	595	402	(67,6)	193	(32,4)	
Urbain	380	266	(70,0)	114	(30,0)	
Mode d'activité ($n=1\ 016$)						0,68
Groupe	606	413	(68,2)	193	(31,8)	
Individuel	392	267	(68,1)	125	(31,9)	
Groupe de pairs ($n=1\ 016$)						0,79
Oui	571	392	(68,7)	179	(31,3)	
Non	445	302	(67,9)	143	(32,1)	
Maître de stage ($n=1\ 016$)						0,58
Oui	432	291	(67,4)	141	(32,6)	
Non	584	403	(69,0)	181	(31,0)	
Relations au Public Found ($n=1\ 000$)						<0,001
Mauvaises	182	146	(80,2)	36	(19,8)	
Moyennes	405	284	(70,1)	121	(29,9)	
Bonnes	413	254	(61,5)	159	(38,5)	
Total (%)	1 016	694	(68,3)	322	(31,7)	

III.2.2/ Description des résultats

III.2.2.1/ Questions fermées

III.2.2.1.1/ Analyse univariée

Aucune caractéristique sociodémographique des médecins n'était associée à la non-adhésion au CAPI en dehors de la qualité perçue par le MG de sa relation avec le financeur (cf tableau précédent). La perception de risques éthiques potentiels associés au CAPI apparaissait

significativement associée avec la non-adhésion au CAPI : les médecins non-signataires déclaraient percevoir des risques plus importants (Tableaux 15 et 16).

Tableau 15 : Relation entre la signature du CAPI et la perception des risques éthiques

Caractéristique	Total(n)	non P4P		P4P		p
		n	(%)	N	(%)	
Diminution de la confiance du patient vers son médecin (n=943)						<0,001
D'accord ou plutôt d'accord	305	273	(89,5)	32	(10,5)	
Intermédiaire	173	141	(81,5)	32	(18,5)	
Pas d'accord ou plutôt pas d'accord	465	213	(45,8)	252	(54,2)	
Diminution de l'autonomie des patients (n=924)						<0,001
D'accord ou plutôt d'accord	266	234	(88,0)	32	(22,0)	
Intermédiaire	273	143	(52,4)	30	(47,6)	
Pas d'accord ou plutôt pas d'accord	485	234	(48,2)	251	(51,8)	
Plus grand dirigisme du médecin (n=973)						<0,001
D'accord ou plutôt d'accord	600	485	(80,8)	115	(19,2)	
Intermédiaire	169	84	(49,7)	85	(50,3)	
Pas d'accord ou plutôt pas d'accord	204	86	(42,2)	118	(57,8)	
Diminution de l'autonomie des médecins (n=982)						<0,001
D'accord ou plutôt d'accord	600	506	(84,3)	94	(15,7)	
Intermédiaire	147	84	(57,1)	63	(42,9)	
Pas d'accord ou plutôt pas d'accord	235	74	(31,5)	161	(68,5)	
Sélection des patients les plus observants (n=959)						<0,001
D'accord ou plutôt d'accord	526	455	(86,5)	71	(13,5)	
Intermédiaire	145	98	(67,6)	47	(22,4)	
Pas d'accord ou plutôt pas d'accord	288	89	(30,9)	199	(69,1)	
Exclusion des patients les plus précaires (n=950)						<0,001
D'accord ou plutôt d'accord	423	376	(88,9)	47	(11,1)	
Intermédiaire	126	95	(75,4)	31	(24,6)	
Pas d'accord ou plutôt pas d'accord	401	161	(40,1)	240	(59,9)	
Apparition de nouveaux conflits d'intérêts (n=965)						<0,001
D'accord ou plutôt d'accord	631	547	(86,7)	84	(13,3)	
Intermédiaire	115	53	(46,1)	62	(53,9)	
Pas d'accord ou plutôt pas d'accord	219	48	(21,9)	171	(88,1)	
Total (%)	1 016	694	(68,3)	322	(31,7)	

Note : données manquantes non détaillées (absence de différence significative entre les CAPI+ et CAPI-).

Tableau 16 : Relation entre la signature du CAPI et l'opinion vis-à-vis de ce contrat (n = 1 016)

Opinion	Total	CAPI –		CAPI +		p
		n	(%)	n	(%)	
Le patient doit être informé de l’adhésion de son MG au P4P						<0,001
Oui	628	543	(86,5)	85	(13,5)	
Non	166	49	(29,5)	117	(70,5)	
NSP	221	101	(45,7)	120	(54,3)	
Le P4P traduit financièrement la qualité des pratiques ?						<0,001
Oui	41	39	(27,7)	102	(72,3)	
Non	601	482	(80,2)	119	(19,8)	
NSP	274	173	(63,1)	101	(36,9)	
Le P4P peut être perçu par les patients comme un manquement à l’éthique professionnelle des MG						<0,001
Oui	554	479	(86,5)	75	(13,5)	
Non	198	59	(29,8)	139	(70,2)	
NSP	264	156	(59,0)	108	(41,0)	
Le montant du P4P relativement faible minimise-t-il les risques de dérives						<0,001
Oui	289	126	(43,6)	163	(56,4)	
Non	201	170	(84,6)	31	(15,4)	
NSP	526	398	(75,7)	128	(24,3)	
Le P4P menace la place dominante du paiement à l’acte						<0,001
Oui	400	321	(80,3)	79	(19,7)	
Non	600	363	(60,5)	237	(39,5)	
Le P4P revient à assimiler les médecins à des salariés évalués sur des objectifs quantifiés						<0,001
Oui	553	466	(84,3)	87	(15,7)	
Non	237	99	(41,8)	138	(58,2)	
NSP	226	129	(57,1)	97	(42,9)	
Les CAPI permettent-il d’évaluer la qualité des pratiques						<0,001
D’accord ou plutôt d’accord	82	23	(28,0)	59	(72,0)	
Intermédiaire	232	92	(39,7)	140	(60,3)	
Pas d’accord ou plutôt pas d’accord	597	478	(80,0)	119	(20,0)	
Connaissez-vous les indicateurs sélectionnés dans les CAPI ?						<0,001
Oui	507	257	(50,7)	250	(49,3)	
Intermédiaire	204	157	(77,0)	47	(23,0)	
Non	280	257	(91,8)	23	(8,2)	
Total (%)	1 016	694	(68,3)	322	(31,7)	

III.2.2.1.2/ Facteurs significativement associés à la non -adhésion au CAPI en analyse multivariée

Les variables de perception de risques éthiques suivantes étaient significativement associées à une plus grande probabilité de ne pas signer un CAPI : une gêne devant le fait que les patients ne soient pas informés de la signature du CAPI par leur médecin (OR=8,24 ;IC 95%=4,61-14,71), un risque de survenue de nouveaux conflits d'intérêts (OR=4,50 ;IC 95%=2,42-8,35), un risque d'interprétation par les patients comme un manquement à l'éthique professionnelle des médecins (OR=4,35 ;IC 95%=2,43-7,80), un risque d'exclusion des patients les plus précaires (OR=2,66 ;IC 95%=1,53-4,63).

A l'inverse, considérer qu'un montant faible de prime minimise les risques d'effets indésirables (OR=0,38 ; IC 95%=0,19-0,76) et estimer que le P4P traduit financièrement la qualité des pratiques (OR=0,31 ; IC 95%=0,16-0,61) diminuait respectivement la probabilité de ne pas signer et donc favorisait l'adhésion à un P4P.

Parmi les caractéristiques sociodémographiques, l'âge des médecins (OR=0,61 ; IC 95%=0,45-0,82) avait un effet non linéaire : les jeunes MG et les plus de 60 ans refusaient plus fréquemment d'adhérer au CAPI contrairement aux MG âgés de 45 à 60 ans qui signaient plus fréquemment. De même, la connaissance des indicateurs (OR=0,09 ; IC 95%=0,05-0,18) diminuait la probabilité de ne pas signer.

Les autres facteurs testés dans le modèle n'étaient pas significativement associés à la non-adhésion au CAPI.

Avec un pseudo R^2 de 0,487 et un pourcentage de concordance égal à 92.9% (Tableau 17), le modèle démontre une bonne qualité d'ajustement ainsi qu'une très bonne capacité prédictive.

Tableau 17 : Facteurs significativement associés à la non signature du CAPI en analyse multivariée

Variables	Modalités	Odds ratio ajusté	(95% CI)	p
Caractéristiques médecins				
Âge (par année supplémentaire)		0,61	(0,45-0,82)	0.001
Âge ²		1,00	(1,00-1,01)	0.004
Sexe		0,66	(0,39-1,13)	0.128
Exercice en groupe				
	Oui	1 (ref)		
	Non	0,89	(0,56-1,42)	0.633
Groupe de pairs				
	Oui	1 (ref)		
	Non	0,79	(0,50-1,24)	0.302
Relation Assurance Maladie				
	Bonne	1 (ref)		
	Neutre	0,85	(0,52-1,37)	0.500
	Mauvaise	0,89	(0,47-1,68)	0.711
Le P4P traduit financièrement la qualité des pratiques				
	Oui	0,31	(0,16-0,61)	0,001
	Non	1 (ref)		
	NSP	0,86	(0,52-1,43)	0,568
Connaissance des indicateurs du CAPI				
	Oui	0,09	(0,05-0,18)	<0,001
	Intermédiaire	0,24	(0,12-0,51)	<0,001
	Non	1 (ref)		
Risques éthiques				
Les patients devraient être informés de l'adhésion de leur médecin au P4P				
	Oui	8,24	(4,61-14,71)	<0,001
	Non	1 (ref)		
	NSP	1,42	(0,76-2,66)	0,274
Le P4P peut être interprété par les patients comme un manquement à l'éthique professionnelle				
	Oui	4,35	(2,43-7,80)	<0,001
	Non	1 (ref)		
	NSP	1,63	(0,90-2,97)	0,106
Le montant du P4P relativement faible minimise les risques de dérives				
	Oui	0,38	(0,19-0,76)	0,006
	Non	1 (ref)		
	NSP	0,79	(0,40-1,56)	0,495
Le P4P peut entraîner une exclusion des patients les plus précaires				
	D'accord ou plutôt d'accord	2,66	(1,53-4,63)	<0,001
	Intermédiaire	1,49	(0,77-2,86)	0,233
	Pas d'accord ou plutôt d'accord	1 (ref)		
Le P4P peut entraîner de nouveaux conflits d'intérêts				
	D'accord ou plutôt d'accord	4,50	(2,42-8,35)	<0,001
	Intermédiaire	1,76	(0,87-3,54)	0,116
	Pas d'accord ou plutôt d'accord	1 (ref)		

Note : Ref = catégorie de référence ; NSP = Ne Se Prononce pas

III.2.2.2/ Questions ouvertes

Les 322 médecins signataires répondant à la question n°1 ont donné 24 exemples de modification de pratique dont 16 correspondant aux indicateurs du CAPI. Ces modifications sont récapitulées dans le tableau ci-dessous

Tableau 18: Les exemples de modifications de pratiques déclarées correspondant aux critères du CAPI par pourcentage des médecins signataires du CAPI

Exemples de modification de pratiques déclarées	% de médecins signataires du CAPI
Grippe	5%
Mammographie	16%
Vasodilatateurs	5%
Benzodiazépines à ½ vie longue	19%
Dosages d'HbA1c	30%
Fond d'œil	27%
Diabétiques sous HTA et statines	14%
Diabétiques sous HTA, statine et aspirine faible dose	22%
Patients HTA traités TA < 140/90	5%
Génériques sans précision	29%
Génériques antibiotiques	7%
Génériques IPP	9%
Génériques antihypertenseurs	3%
Génériques antidépresseurs	1%
Génériques Statines	1%
IEC	22%
Aspirine faible dose	4%

Une ACM a été réalisée en incluant comme variables actives 8 indicateurs du CAPI qui avaient été cités par au moins 15 médecins. Par ailleurs, les caractéristiques du médecin (sexe, mode d'installation, participation à une formation médicale continue etc.) ont été incluses en variables illustratives. D'après la correction de Benzecri sur les valeurs propres³, le premier axe conservait 75% de l'inertie des données, le second 14%. L'axe 1 opposait deux groupes de médecins. Les résultats de l'ACM sont résumés dans le tableau ci-dessous :

³ Cette correction permet d'interpréter le pourcentage d'inertie de chaque axe comme en ACP.

Tableau 19: Analyse des correspondances multiples des médecins signataires du CAPI

Thèmes de réponse	Axe 1		Axe 2	
	Contributions	Coordonnées	Contributions	Coordonnées
Mammographie				
Non	1,40	0,17	0,17	-0,05
Oui	7,54	-0,94	0,94	0,29
Anxiolytiques				
Non	0,04	0,03	6,96	0,34
Oui	0,18	-0,13	31,17	-1,53
HbA1C				
Non	3,52	0,30	0,45	-0,09
Oui	8,38	-0,72	1,06	0,22
Fon d'œil				
Non	1,47	0,19	7,81	-0,38
Oui	4,37	-0,56	23,16	1,12
Diabétiques sous HTA et statines				
Non	2,43	-0,23	1,72	-0,16
Oui	16,19	1,51	11,49	1,10
Diabétiques sous HTA, statines et aspirine faible dose				
Non	6,72	-0,40	1,49	-0,16
Oui	24,19	1,43	5,35	0,58
Généériques sans précision				
Non	1,12	0,17	1,40	-0,16
Oui	3,18	-0,47	3,96	0,45
IEC				
Non	4,19	-0,31	0,63	0,10
Oui	15,08	1,13	2,25	-0,38

Le premier groupe de médecins déclarait modifier : le dépistage du cancer du sein, la fréquence des dosages d'Hb1Ac et la prescription d'aspirine (mais dans le sens d'une diminution). Le deuxième groupe de médecins déclarait modifier : la prescription de statine, la prescription d'aspirine et la prescription d'IEC. En ce qui concerne les modalités illustratives, les médecins du premier groupe étaient moins souvent enseignants.

L'axe 2 opposait, quant à lui, d'un côté les modalités : diminution des prescriptions d'anxiolytiques et absence de réalisation de plus de fond d'œil ; et, de l'autre côté, les modalités suivantes : absence de diminution des prescriptions d'anxiolytiques et réalisation de plus de fond d'œil. L'ACM réalisée mettait en évidence deux groupes de médecins au sein

des signataires du CAPI. Un groupe de médecins plus souvent enseignants modifiant leurs prescriptions médicamenteuses et pas leurs pratiques préventives versus un groupe de médecins moins souvent enseignants modifiant leurs pratiques de prévention et de dépistage.

Les 727 médecins non-signataires du CAPI ont répondu à la question n°2. Quatre catégories regroupent les 26 thèmes de réponses (avec le pourcentage de réponses correspondant): les impacts sur la relation médecin/patient (46%), les impacts sur la relation médecin/Assurance Maladie (33%), le point de vue des médecins sur les indicateurs du CAPI (56%) et les impacts positifs sur la pratique (10 %). (Tableau ci-dessous)

Tableau 20 : Les impacts perçus par les médecins non-signataires du CAPI rangés par thèmes et par catégories en fonction du pourcentage de médecins répondants.

Thèmes de réponses	% médecins non-signataires
Manquement éthique professionnelle	19%
Conflit d'intérêt médecin/patient	18%
Risque sélection patients	6%
Indicateurs patients dépendants	3%
Préjugé médecin mauvais	3%
Restriction liberté de pratique	11%
Système « carotte bâton »	7%
Calculs de la CNAM invérifiables	4%
Système non collectif	2%
Risque induction souffrance au travail	3%
Pas assez rémunéré	1%
Demande revalorisation de l'acte	2%
Le médecin est déjà bon	20%
Formations et autres façons de s'améliorer	7%
Non pertinence scientifique de la totalité des indicateurs	11%
Indicateurs économiques	11%
Indicateurs trop loin de la réalité du terrain	6%
Conseil relecture des indicateurs par sociétés savantes	1%
Indicateurs dépendants des prescriptions des autres spécialistes et des pharmaciens	1%
Motivation pour s'améliorer	6%
Réflexivité sur la pratique	2%
Retour de chiffres	1%
Gain d'argent	1%
Introduction à d'autres modes de rémunération	1%
Ne sait pas	2%
Ne se sent pas concerné (retraite/remplaçant/autres pratiques)	1%

Une ACM a été réalisée en incluant comme variables actives les 15 thèmes de réponse des médecins non-signataires du CAPI qui avaient été cités par au moins 20 médecins. Tous les thèmes de réponses étaient codés oui/non et nous nous sommes intéressés à l'association des modalités codées oui. D'après la correction de Benzecri sur les valeurs propres⁴, le premier axe conservait 79% de l'inertie des données, et les deux premiers axes conservaient 93% de l'inertie totale. L'axe 1 a été construit à partir des variables suivantes qui sont toutes associées positivement : manquement à l'éthique professionnelle, système carotte/bâton, risque de sélection de patients, conflit d'intérêt patient/médecin, indicateurs patients dépendants, restriction de la liberté de pratique, non pertinence scientifique de la totalité des indicateurs. Les variables « manquement à l'éthique professionnelle » et « conflit d'intérêt patient/médecin » contribuent de façon particulièrement forte à l'axe. Ce groupe de médecins a réuni des thèmes de réponses en évoquant un rejet global du CAPI tant d'un point de vue du fond que de la forme. L'axe 2 opposait quant à lui d'un côté les modalités : « système carotte/bâton », « préjugé que le médecin est mauvais », « restriction de la liberté de pratique », « les critères sont économiques », « le médecin est déjà bon », « formations et autres façons de s'améliorer » et, de l'autre côté, les modalités : « conflit d'intérêt patient/médecin », « risque de sélection de patients » et « indicateurs patients dépendants ». Un groupe de médecins était centré sur ses relations avec l'Assurance Maladie et la remise en cause des indicateurs du CAPI. Puis est apparu un deuxième groupe de médecins préoccupés par les modifications de la relation médecin/patient induites par le CAPI. Les résultats de l'ACM sont résumés dans le tableau ci-dessous.

⁴ Cela permet d'interpréter les axes comme en ACP.

Tableau 21: Analyse des correspondances multiples des médecins non-signataires du CAPI

Thèmes de réponse	Axe 1		Axe 2	
	Contributions	Coordonnées	Contributions	Coordonnées
Manquement éthique professionnelle				
Non	2,06	-0,25	0,08	0,04
Oui	13,31	1,60	0,54	-0,26
Système "carotte-bâton"				
Non	0,18	-0,07	0,24	0,06
Oui	3,61	1,40	4,80	-1,29
Préjugé médecin mauvais				
Non	0,04	-0,03	0,11	0,04
Oui	1,84	1,44	4,69	-1,84
Conflit d'intérêt médecin/patient				
Non	2,38	-0,26	0,91	-0,13
Oui	16,83	1,87	6,45	0,93
Risque sélection patients				
Non	0,22	-0,08	0,51	-0,09
Oui	9,33	3,24	21,72	3,97
Indicateurs trop patients dépendants				
Non	0,19	-0,07	0,48	-0,09
Oui	8,62	3,18	21,62	4,04
Restriction liberté de pratique				
Non	0,29	-0,09	0,38	0,08
Oui	3,40	1,05	4,38	-0,96
Risque induction souffrance au travail				
Non	0,04	-0,03	0,00	0,00
Oui	1,91	1,53	0,03	0,15
Non pertinence scientifique de la totalité des indicateurs				
Non	0,37	-0,10	0,00	0,01
Oui	4,42	1,21	0,05	-0,10
Indicateurs économiques				
Non	0,21	-0,08	0,33	0,08
Oui	2,51	0,91	3,95	-0,92
Calculs de la CNAM invérifiables				
Non	0,07	-0,04	0,00	0,00
Oui	2,56	1,54	0,01	-0,08

Motivation pour s'améliorer				
Non	0,00	0,00	0,03	0,02
Oui	0,01	0,07	0,63	-0,49
Les médecin est déjà bon				
Non	0,19	-0,07	1,47	0,17
Oui	1,20	0,48	9,56	-1,09
Formations et autres façons de s'améliorer				
Non	0,06	-0,04	0,34	0,08
Oui	1,13	0,78	6,87	-1,55
Indicateurs trop loin de la réalité du terrain				
Non réponse	11,65	-0,78	4,95	0,41
Non	10,21	0,75	4,17	-0,38
Oui	1,15	0,86	0,70	-0,54

Les 1050 médecins (signataires et non-signataires) ont répondu à la question n°3 sur la menace possible de la place dominante du paiement à l'acte.

911 médecins ont justifié leurs réponses en texte libre.

Trois grands thèmes de réponses sont ressortis :

- le paiement à la performance est un début vers une diversification des modes de rémunération (34%),
- les raisons d'un impact réduit du paiement à la performance par rapport à la place dominante du paiement à l'acte (32% des répondants)
- Inquiétudes et critiques négatives vis-à-vis du paiement à la performance (30%), (thème de réponses identique à la question n°2).

III.3/ Synthèse des résultats

Nos résultats ont permis d'identifier deux profils de médecins : ceux percevant les risques éthiques comme étant globalement faibles et acceptant de signer un CAPI (31,7%) versus ceux percevant ces risques comme forts et refusant de signer (68,3%).

L'absence d'information des patients concernant l'adhésion de leur médecin au P4P était le principal risque perçu par les non-signataires. Les autres risques éthiques associés à la non-adhésion étaient : la survenue de nouveaux conflits d'intérêts, la perception par les patients d'un manquement à l'éthique professionnelle et la possibilité d'exclusion des patients les plus précaires.

L'analyse des questions à réponses ouvertes a révélé un groupe de médecins non-signataires remettant en question, de manière globale, le CAPI. Les réponses ouvertes étant cohérentes avec les réponses fermées, elles ont permis de mieux appréhender les craintes de certains médecins qui voyaient également dans le CAPI une restriction de leur liberté de pratique, mais aussi l'arrivée d'un tiers symbolique dans la relation médecin/patient.

Si des dérives d'ordre éthique ont été clairement identifiées par les médecins interrogés, le P4P pourrait, à l'inverse, soutenir les principes de justice et de bienfaisance en incitant au respect des recommandations de bonne pratique, par exemple en encourageant les activités de prévention ou le suivi des maladies chroniques. Cet encouragement pourrait avoir pour conséquence d'augmenter le temps consacré à ces activités.

Le paragraphe suivant a pour objet d'étudier l'impact du P4P sur la durée de consultation dont il a déjà été démontré qu'elle représente un facteur déterminant de la satisfaction des patients et qu'elle peut être considérée comme un indicateur de la qualité des soins,(102–105) en particulier dans le cadre du paiement à l'acte qui favorise le raccourcissement de la durée des consultations.(106)

Par ailleurs, cet éclairage issu de la réalité des pratiques cliniques, nous a semblé complémentaire des analyses précédentes qui reposaient sur des données déclaratives.

IV/ PAIEMENT A LA PERFORMANCE ET DUREE DE CONSULTATION

L'efficacité des programmes de P4P fait encore l'objet de vifs débats, notamment en ce qui concerne sa capacité à générer des soins de meilleure qualité (101,119–122). Si de nombreux travaux ont cherché à évaluer l'efficacité du P4P en termes d'amélioration d'indicateurs mesurés (92,95,100) ou de réduction des dépenses (123), aucune étude n'a, à notre connaissance, évalué l'impact d'un programme de P4P sur la durée de consultation des médecins. Il a déjà été démontré que la durée de la consultation est un facteur déterminant de la satisfaction des patients et elle est souvent considérée comme un indicateur de la qualité des soins, (102–104,124) en particulier dans le cadre du paiement à l'acte qui favorise le raccourcissement de la durée des consultations. (106) Cette durée dépend de nombreux facteurs : les femmes, les personnes âgées et les classes dirigeantes bénéficiant en moyenne de consultations plus longues. (125,126)

L'analyse de l'impact des dispositifs d'incitation sur l'offre de travail a déjà fait l'objet d'une littérature à la fois théorique et empirique. Les dispositifs de P4P sont dérivés de la théorie des contrats: un agent économique rationnel est sensible aux incitations économiques. Les résultats de la théorie économique standard sont plutôt consensuels et prévoient que l'introduction de primes concernant certaines tâches pourrait, sous certaines conditions, augmenter le temps ou l'effort consacré à ces tâches. (127,128) L'opinion des médecins généralistes interrogés sur ce point en 2010 allait également dans ce sens, considérant le CAPI comme un moyen d'augmenter le temps consacré à certaines activités telles que les pratiques de prévention ou maladies chroniques. (115) Les médecins que nous avons interrogés dans le cadre du travail sur la perception de la notion de norme médicale abondaient également en ce sens.

Ce qui différenciait le CAPI d'autres mécanismes incitatifs de type P4P mis en place dans les autres pays, était que l'adhésion à ce contrat était basée sur le volontariat, ce qui introduisait des phénomènes d'auto-sélection. D'un côté, les signataires du CAPI pourraient être plus « productifs » au sens économique du terme avec des durées de consultation alors plus courtes. (129) D'un autre côté, les signataires du CAPI pourraient être ceux considérant qu'ils prodiguaient des soins de meilleure qualité, se traduisant par une durée de consultation plus longue. Ainsi, la motivation financière et les effets d'auto-sélection pourraient avoir des

répercussions à la fois positives et négatives sur la durée de la consultation rendant difficile toute prédiction *a priori* de l'impact de la signature du CAPI sur cette dernière.

Notre objectif était donc d'estimer l'impact de la signature du CAPI sur la durée de consultation des MG français, en utilisant un cadre de modélisation multi-niveau permettant de distinguer différentes sources de variabilité dans les données.

IV.1/ Méthode

IV.1.1/ Recueil des données

Les données que nous avons utilisées provenaient de la base Ecogen, une base de données constituée à partir du travail de 54 internes en médecine générale ayant retranscrit les résultats de consultation de 128 médecins généralistes recrutés sur la France entière, entre le 2 novembre 2011 et le 30 avril 2012 inclus. Ainsi, la base de données contenait 20 779 observations de consultation, chaque observation renseignant précisément les caractéristiques de la consultation (contexte cabinet ou visite, année), du patient (âge, sexe, profession, statut d'exonération) et du médecin (âge, sexe, département, milieu d'exercice, secteur conventionnel, nombre de consultations effectuées dans l'année, mode d'exercice, signature du CAPI). Pour chaque consultation étaient renseignés les différents motifs et résultats de consultation suivant l'ICPC-2 (*International Classification of Primary Care*, 2^e Edition)(130) ainsi que la durée de consultation précise chronométrée par l'interne.

IV.1.2/ Méthode statistique :

Présentation du modèle multi-niveau :

La modélisation adoptée était une modélisation multi-niveau comportant deux niveaux : le niveau séance (niveau 1) et le niveau médecin (niveau 2). Au niveau 1 étaient introduites les variables caractérisant le patient ou la séance ⁵. Au niveau 2 étaient introduites les variables caractérisant le médecin *j*. Le modèle s'écrivait de la façon suivante:

$$y_{ij} = \gamma_{00} + \beta X_{ij} + \delta CAPI_j + \gamma_1 K_j + \gamma_2 X_{.j} + u_{0j} + \varepsilon_{ij}$$

La variable d'intérêt y_{ij} représentait le logarithme de la durée de la consultation *i* effectuée par le médecin *j* ; γ_{00} était la constante du modèle. Le vecteur X_{ij} contenait les covariables

⁵ Nous ne pouvons pas construire de modèle à trois niveaux avec un 2^e niveau patient car aucun identifiant patient n'a été codé dans la base.

caractérisant le patient ou la consultation i , la variable $CAP I_j$ était une variable indicatrice indiquant si le médecin j avait signé ou non un CAPI entre 2009 et 2011. Par ailleurs, le vecteur K_j contenait les covariables caractérisant le médecin j et le vecteur $X_{.j}$ contenait les variables patients ou consultation introduites en moyenne afin de contrôler des structures de patientèle (approche de Mundlack). Enfin, deux termes d'erreur étaient introduits dans le modèle : u_{0j} était le terme d'erreur au niveau 2 représentant l'influence des caractéristiques inobservées variant d'un médecin à l'autre, et ε_{ij} était le terme d'erreur au niveau 1 représentant l'influence sur y_{ij} des autres variables omises variant d'une consultation à l'autre et d'un patient à l'autre.

Les hypothèses du modèle :

Dans ce modèle, plusieurs hypothèses d'exogénéité des variables étaient implicitement faites. Les variables au niveau 1 (X_{ij}) devaient être non corrélées aux termes d'erreur de niveau 1 (*hypothèse 1*) et de niveau 2 (*hypothèse 2*). Une source de violation de l'hypothèse 2 pouvait provenir d'effets d'auto sélection de la patientèle. En effet, certaines catégories de patients pouvaient être susceptibles de privilégier les médecins pratiquant des séances plus longues (u_{0j} élevé). L'introduction parmi les variables explicatives des moyennes des caractéristiques des patients ($X_{.j}$) était sensée pallier ce problème (approche de Mundlack). Par ailleurs, les variables au niveau 2 ($CAP I_j$, K_j) devaient être non corrélées aux termes d'erreur de niveau 1 (*hypothèse 3*) et de niveau 2 (*hypothèse 4*). Nous nous intéressons particulièrement à l'endogénéité de la variable $CAP I_j$ qui pouvait avoir plusieurs causes : les médecins ayant signé le CAPI s'étant auto-sélectionnés en fonction de caractéristiques inobservées (productivité, style de pratique) qui influençaient la durée de consultation (donc présentes dans le terme d'erreur u_{0j}) ou en fonction de caractéristiques liées aux séances ou aux patients impactant la durée de consultation (donc présentes dans le terme d'erreur ε_{ij}). Afin de capter ces variables inobservées, il était nécessaire d'introduire dans le modèle les variables caractérisant le médecin (K_j) ainsi que sa patientèle ($X_{.j}$).

Les différents modèles testés :

$$y_{ij} = \gamma_{00} + \beta X_{ij} + \delta CAPI_j + u_{0j} + \varepsilon_{ij} \quad (\text{modèle 1})$$

$$y_{ij} = \gamma_{00} + \beta X_{ij} + \delta CAPI_j + \gamma_1 K_j + u_{0j} + \varepsilon_{ij} \quad (\text{modèle 2})$$

$$y_{ij} = \gamma_{00} + \beta X_{ij} + \delta CAPI_j + \gamma_1 K_j + \gamma_2 X_{.j} + u_{0j} + \varepsilon_{ij} \quad (\text{modèle 3})$$

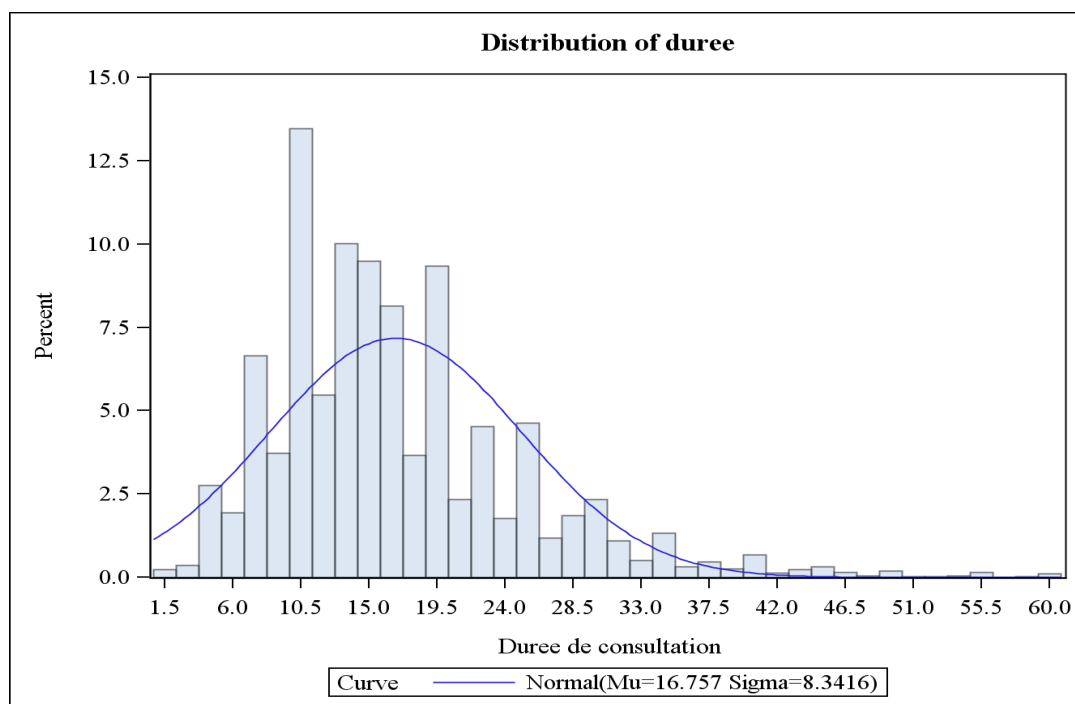
Trois modèles étaient estimés. Le premier modèle comportait uniquement les caractéristiques du patient et la signature du CAPI (*modèle 1*). Dans ce modèle, les différentes variables introduites étaient potentiellement endogènes. Dans le deuxième modèle étaient introduites en sus les variables caractérisant le médecin (*modèle 2*). Enfin, les moyennes des caractéristiques des patients étaient ajoutées dans un troisième modèle (*modèle 3*).

Ces trois modèles étaient estimés dans un premier temps sur les observations tous motifs de consultation confondus et, pour chaque modèle, des tests statistiques étaient effectués afin de vérifier les hypothèses 1 à 4. Le modèle le plus parcimonieux et qui satisfaisait au mieux les différentes hypothèses était ensuite sélectionné. Ce modèle était ensuite estimé pour différents motifs de consultation spécifiques « visés » par les indicateurs du CAPI. L'objectif était double : d'une part vérifier que les résultats ne variaient pas d'un type de consultation à l'autre et d'autre part, travailler sur des durées de consultation plus homogènes diminuant mécaniquement la variabilité inter-consultation.

IV.2/ Résultats

IV.2.1/ Statistiques descriptives et uni-variées

La durée de consultation moyenne dans l'échantillon était de 16.8 minutes, après suppression des valeurs extrêmes (i.e. supérieures à 1 heure de consultation). Trois consultations sur quatre duraient entre 5 et 20 minutes et plus de 90% des consultations duraient entre 5 et 30 minutes (figure 1).

Figure 1. Distribution de la durée de consultation (N= 20 665 consultations)

Les statistiques descriptives sur les déterminants des durées de consultation sont présentées dans le Tableau 22.

Tableau 22. Statistiques descriptives et univariées.

	N	%	Durée moyenne observée (en minutes)	Ecart brut à la situation de référence
Variables séance/patient (N=19 875)				
Age du patient				***ab
0 à 24 ans	4718	22.71	14.8	-18%
25 à 44 ans	4549	21.89	16.2	-10%
45 à 69 ans	7081	34.08	17.6	-3%
70 ans et plus	4430	21.32	18.1	ref
Sexe du patient				***
Homme	8673	41.74	16.3	-5%
Femme	12106	58.26	17.1	ref
Profession du patient				***
Agriculteur-Artisan	649	3.12	17	10%
Cadre sup	1052	5.06	19	23%
Prof intermédiaire	1247	6	17	10%
Employé	4014	19.33	16.4	6%
Ouvrier	820	3.95	14.9	-4%
Retraité	6800	32.74	17.9	15%

Inactif	6189	29.8	15.5	<i>ref</i>
Statut d'exonération du patient				***
Motif ALD	4532	21.82	18.6	14%
CMU ou AME	834	4.02	14.8	-9%
Autre	922	4.44	17	4%
Aucun	14480	69.72	16.3	<i>ref</i>
Contexte				***
Cabinet	19504	93.86	16.6	-14%
Visite	1275	6.14	19.2	<i>ref</i>
Année				***
Année 2011	4933	23.9	16.3	-4%
Année 2012	15732	76.1	16.9	<i>ref</i>
Variables médecin (N=128)				
Signature CAPI				***
Oui	55	42.97	15.6	-11%
Non	73	57.03	17.6	<i>ref</i>
Age				<i>ns</i>
30-44 ans	25	19.53	16.1	-8%
45-54 ans	50	39.06	16.2	-7%
55 ans et plus	53	41.41	17.5	<i>ref</i>
Sexe				**
Homme	85	66.41	16	-12%
Femme	43	33.59	18.2	<i>ref</i>
Région				<i>ns</i>
Centre	20	16	20.9	25%
Est	34	27.2	21.3	28%
Ile de France	23	18.4	23.5	41%
Nord	20	16	16	-4%
Sud	8	6.4	16.5	-1%
Ouest	20	16	16.7	<i>ref</i>
Nombre annuel de consultations				***
Moins de 4000	35	27.34	18.8	32%
De 4000 à 5000	39	30.47	18.2	28%
De 5000 à 6000	20	15.63	14.9	5%
Plus de 6000	34	26.56	14.2	<i>ref</i>
Secteur				*
Secteur 1	118	92.19	17.8	-20%
Secteur 2 (honoraires libres)	10	7.81	22.2	<i>ref</i>
Milieu d'exercice				<i>ns</i>
Rural	29	22.66	16.1	-8%
Semi-rural	33	25.78	15.8	-10%
Urbain	66	51.56	17.5	<i>ref</i>
Mode d'exercice				<i>ns</i>
Groupe médecins	79	61.72	16.6	-2%
Groupe pluridisciplinaire	22	17.19	17.1	1%
Solo	27	21.09	16.9	<i>ref</i>

Les médecins de l'échantillon étaient plus nombreux à ne pas avoir signé le CAPI (57%) et étaient majoritairement des hommes (66%), ayant plus de 45 ans (80%), i.e. à honoraires fixes (92%), ayant un mode d'exercice regroupé (79%). Par ailleurs, ils étaient assez bien représentés dans toutes les régions françaises, mise à part le Sud de la France où ils étaient minoritaires (6%) et exerçaient à la fois en région rurale ou semi-rurale (48%) et en région urbaine.

Les variables relatives à la séance ou au patient telles que l'âge, le genre ou la catégorie socio professionnelle ainsi que les variables au niveau médecin impactaient la durée de consultation dans les analyses univariées.

Les médecins ayant signé le CAPI avaient une durée de consultation de 15,6 minutes en moyenne vs 17,6 minutes chez les non-signataires ($p < 0,001$).

IV.2.2/ Modèles multi-variés

Résultats des trois modèles toutes consultations confondues:

Lorsqu'on considérait les observations tout motif de consultation confondu, plus d'un quart (28%) de la variabilité de la durée de consultation était lié à des caractéristiques au niveau médecin, et 72% aux caractéristiques relatives aux séances ou aux patients.

Tableau 23. Modèles multivariés de la durée de consultation (en log).

Modèles	Modèle M1 $Y_{ij} = X_{ij} + CAPI_j$	Modèle M2 $Y_{ij} = X_{ij} + CAPI_j + K_j$	Modèle M3 $Y_{ij} = X_{ij} + CAPI_j + K_j + X_{.j}$
	Estimate (sd)	Estimate (sd)	Estimate (sd)
Intercept	2.824*** (0.04)	2.987*** (0.14)	2.31*** (0.39)
Variables de niveau 1 (X_{ij})			
<i>Age</i>		<i>ref = + 70 ans</i>	
0 à 24 ans	-0.113*** (0.02)	-0.11*** (0.02)	-0.099*** (0.02)
25 à 44 ans	-0.052*** (0.01)	-0.05*** (0.01)	-0.043*** (0.02)
45 à 69 ans	0.009 (0.01)	0.01 (0.01)	0.015 (0.01)
<i>Sexe</i>		<i>ref = femme</i>	
Homme	-0.026*** (0.01)	-0.026*** (0.01)	-0.027*** (0.01)
<i>Profession</i>		<i>ref = inactif</i>	
Agriculteur-Artisan	0.013 (0.02)	0.012 (0.02)	0.016 (0.02)
Cadre sup	0.021 (0.02)	0.021 (0.02)	0.026 (0.02)
Prof intermédiaire	-0.01 (0.02)	-0.011 (0.02)	-0.003 (0.02)
Employé	-0.026** (0.01)	-0.026** (0.01)	-0.021* (0.01)

Ouvrier	-0.05*** (0.02)	-0.047** (0.02)	-0.043** (0.02)
Retraité	-0.001 (0.01)	-0.001 (0.01)	0.006 (0.01)
<i>Statut d'exonération</i>		<i>ref= aucun</i>	
Motif ALD	0.133*** (0.02)	0.133*** (0.02)	0.132*** (0.02)
CMU ou AME	0.052*** (0.02)	0.05*** (0.02)	0.046** (0.02)
Autre	0.099*** (0.02)	0.102*** (0.02)	0.106*** (0.02)
<i>Contexte</i>		<i>ref= visite</i>	
Cabinet	-0.081*** (0.01)	-0.081*** (0.01)	-0.083*** (0.01)
<i>Année</i>		<i>ref= 2012</i>	
Année 2011	-0.007 (0.01)	0.006 (0.01)	-0.008 (0.01)
Variables de niveau 2			
<i>Signature du CAPI</i>		<i>ref = non</i>	
Oui	-0.142*** (0.05)	-0.075* (0.05)	-0.033 (0.05)
Autres variables médecin (Kj)			
<i>Age</i>	...	<i>ref = + 55 ans</i>	
30-44 ans		-0.069 (0.06)	0.003 (0.06)
45-54 ans		-0.033 (0.03)	-0.02 (0.04)
<i>Sexe</i>	...	<i>ref= femme</i>	
Homme		-0.092* (0.05)	-0.021 (0.07)
<i>Region</i>	...	<i>ref = ouest</i>	
Centre		-0.029 (0.1)	-0.131 (0.11)
Est		0.044 (0.08)	0.035 (0.08)
Ile de France		-0.08 (0.07)	-0.095 (0.08)
Nord		0.016 (0.09)	-0.043 (0.1)
Sud		-0.023 (0.08)	0.016 (0.08)
<i>Nombre annuel de consultations</i>	...	<i>ref = + 6000</i>	
Moins de 4000		0.23*** (0.06)	0.233*** (0.07)
De 4000 à 5000		0.233*** (0.06)	0.232*** (0.06)
De 5000 à 6000		0.032 (0.07)	0.039 (0.07)
<i>Secteur</i>	...	<i>ref = secteur 2</i>	
Secteur 1		-0.177* (0.1)	-0.094 (0.12)
<i>Milieu d'exercice</i>	...	<i>ref = urbain</i>	
Rural		-0.089 (0.06)	-0.115 (0.08)
Semi-rural		-0.031 (0.06)	-0.028 (0.06)
<i>Mode d'exercice</i>	...	<i>ref= solo</i>	
Groupe médecins		-0.04 (0.06)	0.031 (0.06)
Groupe pluridisciplinaire		-0.026 (0.07)	0.054 (0.08)
Approche de Mundlack (X.j)			
Proportion de femmes	...	...	0.007* (0.004)
Proportion de 0-24 ans	...	...	-0.001 (0.003)
Proportion de +70 ans	...	...	0.001 (0.003)
Proportion d'agriculteurs	...	...	0.021* (0.011)
Proportion de cadres	...	...	0.008 (0.006)
Proportion d'ouvriers	...	...	-0.008 (0.007)

Dans le modèle 1, à caractéristiques des patients égales, les médecins ayant signé le CAPI avaient une durée de consultation significativement inférieure (au seuil de 1%) à ceux qui ne l'avaient pas signé (-14,2%). Par ailleurs, la durée de consultation était significativement plus faible pour des patients plus jeunes (moins de 44 ans), de sexe masculin, employés ou ouvriers, ayant un statut d'exonération, et dans le contexte d'une séance en cabinet.

Dans le modèle 2, les résultats étaient contrôlés de l'impact des caractéristiques du médecin. Toutes choses égales par ailleurs, les médecins qui avaient signé le CAPI avaient une durée de consultation significativement plus faible au seuil de 10% que les non-signataires (-7.5%). L'impact des variables au niveau séance/patient était identique à celui du modèle 1.

Les variables médecin suivantes : être un homme, avoir un nombre de consultations annuel élevé et être en honoraires fixes, impactaient négativement la durée de consultation.

Dans le modèle 3, les moyennes des caractéristiques des patients étaient introduites en sus des variables médecin et patient. Toutes choses égales par ailleurs, plus la proportion de femmes et/ou d'agriculteurs dans la patientèle était élevée, plus la durée de consultation était élevée.

L'impact du CAPI était toujours négatif : toutes choses égales par ailleurs, les médecins ayant signé le CAPI avaient une durée de consultation inférieure de 3,3% à ceux qui n'avaient pas signé, mais il n'était plus significatif au seuil de 10%. Les variables de niveau 1 avaient un effet comparable aux modèles 1 et 2 mais concernant les variables médecin, les effets variaient plus et notamment le fait d'être un homme et d'être en secteur à honoraires fixes n'était plus significatif.

Test des hypothèses d'exogénéité :

Les résultats des différents tests d'exogénéité des variables sont présentés dans la Table 3. Dans le modèle 1, les trois premières hypothèses d'exogénéité étaient rejetées et la quatrième était acceptée. Le fait que les hypothèses 1 et 2 n'étaient pas acceptées signifie que les variables patients étaient endogènes et la non acceptation de l'hypothèse 3 signifie que la variable de signature du CAPI était endogène. Dans le modèle 2, l'hypothèse 1 était vérifiée pour la quasi-totalité des variables de niveau 1 (excepté le statut d'exonération) ainsi que l'hypothèse 4 ; les hypothèses 2 et 3 étaient acceptées au seuil de 5% mais, pas au seuil de 10%, indiquant que les variables étaient encore potentiellement endogènes.

Dans le modèle 3, toutes les hypothèses d'exogénéité étaient vérifiées. Il s'agit donc du modèle le plus valide économétriquement, il a donc été choisi pour les analyses distinctes par motif de consultation.

Tableau 24. Test des hypothèses d'exogénéité des variables.

Hypothèses	Modèle	Test statistique	Modèle M1 P-value	Modèle M2 P-value	Modèle M3 P-value
I] Hypothèse d'exogénéité des variables au niveau 1:					
H1: avec le terme d'erreur au niveau 1			H0 rejetée^a	H0 acceptée partiellement	H0 acceptée
H1: Cov(Age _{ij} , ε _{ij}) = 0	$\text{logit}(P[\text{Age}_{ij}=0 \text{ à } 24 \text{ ans}]) = a + b \varepsilon_{ij}$	H0: b=0 vs H1: b≠0	0.0017	0.1002	0.6287
H1: Cov(Sexe _{ij} , ε _{ij}) = 0	$\text{logit}(P[\text{Sexe}_{ij}=\text{'Homme'}]) = a + b \varepsilon_{ij}$	H0: b=0 vs H1: b≠0	0.0059	0.4079	0.7748
H1: Cov(Prof _{ij} , ε _{ij}) = 0	$\text{logit}(P[\text{Prof}_{ij}=\text{'Agriculteur'}]) = a + b \varepsilon_{ij}$	H0: b=0 vs H1: b≠0	<.0001	0.209	0.9252
H1: Cov(Statut _{ij} , ε _{ij}) = 0	$\text{logit}(P[\text{Statut}_{ij}=\text{'ALD'}]) = a + b \varepsilon_{ij}$	H0: b=0 vs H1: b≠0	0.0873	0.0988	0.8308
H1: Cov(Context _{ij} , ε _{ij}) = 0	$\text{logit}(P[\text{Contexte}_{ij}=\text{'Cabinet'}]) = a + b \varepsilon_{ij}$	H0: b=0 vs H1: b≠0	0.0787	0.7929	0.3116
H2: avec le terme d'erreur au niveau 2			H0 rejetée	H0 acceptée^b	H0 acceptée
H2: Cov(X _{ij} , u _{0j}) = 0	Modèle de Mundlacker	Test d'Hausman	<.0001	0.0624	0.4043
II] Hypothèse d'exogénéité de la variable CAPI :					
H3: avec le terme d'erreur au niveau 1			H0 rejetée	H0 acceptée	H0 acceptée
H3: Cov(CAPI _{ij} , ε _{ij}) = 0	$\text{logit}(P[\text{CAPI}_{ij}=\text{'oui'}]=1) = a + b \varepsilon_{ij}$	H0: b=0 vs H1: b≠0	0.0002	0.0502	0.41
H4: avec le terme d'erreur au niveau 2			H0 acceptée^a	H0 acceptée	H0 acceptée
H4: Cov(CAPI _{ij} , u _{0j}) = 0	$\text{logit}(P[\text{CAPI}_{ij}=\text{'oui'}]=1) = a + b u_{0j}$	H0: b=0 vs H1: b≠0	0.9591	0.8811	0.8282

Décomposition des effets d'auto-sélection et incitatifs du CAPI :

La comparaison de la valeur du coefficient du CAPI entre les modèles 1 et 3 permettait de décomposer l'effet négatif de la signature du CAPI sur la durée de consultation en termes d'effet d'auto-sélection des médecins et d'effet incitatif pur. En effet, dans le modèle 1, la variable CAPI était endogène i.e. elle était corrélée à des déterminants inobservés de la durée de consultation au niveau médecin ou patient : il y avait donc *auto-sélection*. Dans le modèle 3, en revanche, la variable n'était plus endogène et on observait donc uniquement l'effet *incitatif* du CAPI. Les résultats du modèle 3 indiquaient qu'à caractéristiques des médecins égales, la signature du CAPI a engendré une diminution de la durée de consultation de 3.3%, qui apparaît non significative. Or dans le modèle 1, la diminution était significative et d'une valeur de 14.2%. L'impact du CAPI sur la durée de consultation pouvait donc se décomposer de la façon suivante : 10.9 points (77%) provenaient de l'effet *d'auto-sélection* des médecins et 3.3 points provenaient de l'effet *incitatif* du CAPI. Dans le modèle 2, la signature du CAPI

était associée à une diminution de 7.5% de la durée de consultation, qu'il faut comparer à 14.2% dans le modèle 1 et à 3.3% dans le modèle 3. Ainsi, l'effet d'auto-sélection estimé se décomposait de la façon suivante : 6.7 points (61%) proviennent des caractéristiques des médecins et 4.2 points (39%) provenaient des caractéristiques de la patientèle.

Modèles multi variés selon le motif de consultation :

Trois motifs de consultation faisant l'objet d'un ou plusieurs indicateurs CAPI étaient sélectionnés : le diabète (N= 2821 consultations), les patients hypertendus (N= 3417 consultations) et la vaccination anti-grippale (N= 1356 consultations). Les résultats de l'impact de la signature du CAPI sur la durée de consultation étaient similaires d'un motif de consultation à l'autre : le coefficient était négatif et non significatif comme pour le modèle M3 estimé précédemment. En revanche, la valeur du coefficient variait légèrement selon le motif de consultation : elle était la plus forte pour les consultations de diabétiques (-5%) et était la plus faible dans le cadre de la vaccination anti-grippale (-0.6%).

Tableau 25. Modèle multivarié de la durée de consultation (en log) selon motif de consultation.

Motifs de consultation	Motif diabète (N=2821)	Motif hypertension (N=3417)	Motif vaccination anti-grippale (N=1356)
	<i>Estimate (sd)</i>	<i>Estimate (sd)</i>	<i>Estimate (sd)</i>
Intercept	1.979*** (0.51)	2.402*** (0.51)	2.549*** (0.5)
Variables de niveau 1			
<i>Age</i>			
0 à 24 ans	-0.166*** (0.04)	0.007 (0.2)	-0.053 (0.09)
25 à 44 ans	-0.064* (0.04)	0.074 (0.05)	-0.112 (0.09)
45 à 69 ans	-0.011 (0.02)	0.016 (0.02)	0.018 (0.07)
<i>Sexe</i>			
Homme	0.026* (0.02)	-0.024 (0.02)	-0.034 (0.03)
<i>Profession</i>			
Agriculteur-Artisan	0.017 (0.05)	0.014 (0.06)	0.003 (0.1)
Cadre sup	0.034 (0.04)	-0.054 (0.06)	0.031 (0.08)
Prof intermédiaire	0.009 (0.04)	-0.004 (0.06)	-0.043 (0.08)
Employé	-0.029 (0.03)	-0.04 (0.04)	-0.07 (0.06)
Ouvrier	0.013 (0.05)	-0.033 (0.06)	0.21* (0.11)
Retraité	-0.029 (0.03)	-0.031 (0.03)	0.016 (0.07)
<i>Statut d'exonération</i>			
Motif ALD	0.169*** (0.05)	0.036 (0.09)	0.072 (0.09)

CMU ou AME	0.122** (0.05)	-0.044 (0.09)	0.081 (0.08)
Autre	0.191*** (0.06)	0.015 (0.09)	0.197 (0.14)
<i>Contexte</i>			
Cabinet	-0.046 (0.03)	-0.041* (0.02)	-0.087 (0.13)
<i>Année</i>			
Année 2011	-0.005 (0.02)	0.005 (0.02)	-0.029 (0.03)
Variables de niveau 2			
<i>Signature CAPI</i>			
Oui	-0.048 (0.06)	-0.025 (0.06)	-0.006 (0.06)
Autres variables médecin			
<i>Age</i>			
30-44 ans	-0.104 (0.09)	-0.063 (0.09)	0.091 (0.09)
45-54 ans	-0.036 (0.06)	-0.026 (0.06)	-0.009 (0.06)
<i>Sexe</i>			
Homme	-0.045 (0.09)	-0.027 (0.09)	-0.037 (0.08)
<i>Région</i>			
Centre	-0.155 (0.14)	-0.213 (0.14)	-0.047 (0.15)
Est	0.113 (0.11)	-0.014 (0.11)	-0.12 (0.1)
Ile de France	-0.028 (0.1)	-0.124 (0.1)	-0.075 (0.1)
Nord	0.017 (0.12)	-0.059 (0.13)	-0.163 (0.11)
Sud	-0.007 (0.11)	-0.103 (0.11)	0.068 (0.1)
<i>Nombre annuel de consultations</i>			
Moins de 4000	0.22** (0.09)	0.19** (0.09)	0.174** (0.08)
De 4000 à 5000	0.208** (0.08)	0.201** (0.08)	0.185** (0.08)
De 5000 à 6000	-0.013 (0.09)	0.032 (0.09)	-0.032 (0.08)
<i>Secteur</i>			
Secteur 1	-0.014 (0.16)	-0.096 (0.16)	-0.109 (0.15)
<i>Milieu d'exercice</i>			
Rural	-0.124 (0.1)	-0.212** (0.1)	-0.08 (0.1)
Semi-rural	-0.031 (0.08)	-0.018 (0.08)	-0.031 (0.08)
<i>Mode d'exercice</i>			
Groupe médecins	-0.021 (0.08)	-0.06 (0.08)	0.062 (0.08)
Groupe pluridisciplinaire	0.067 (0.1)	0.004 (0.1)	0.1 (0.09)
Approche de Mundlack			
Proportion de femmes	0.009* (0.01)	0.009* (0.01)	0.007 (0.004)
Proportion de 0-24 ans	0.004 (0.004)	0 (0.004)	-0.004 (0)
Proportion de +70 ans	0.002 (0.004)	0.001 (0.004)	-0.001 (0.004)
Proportion d'agriculteurs	0.034** (0.01)	0.015 (0.01)	0.01 (0.01)
Proportion de cadres	0.011 (0.01)	0.005 (0.01)	0.01 (0.01)
Proportion d'ouvriers	-0.007 (0.01)	-0.005 (0.01)	-0.019** (0.01)

IV.3/ Synthèse des résultats

Un analyse, purement descriptive, montrait que les médecins ayant signé le CAPI, avaient une durée de consultation de 15,6 minutes en moyenne vs 17,6 minutes chez les non-signataires ($p < 0,001$).

La principale préoccupation provenait de la suspicion d'effets d'auto-sélection pouvant biaiser les estimations de l'impact du CAPI sur la durée de consultation. Les résultats des tests d'indépendance ont révélé que les signataires du CAPI étaient différents des non-signataires en termes d'activité médicale: les premiers ayant effectué un plus grand nombre de consultations en 2011 comparé aux seconds.

Nous avons alors employé une méthode en trois étapes permettant chacune d'exploiter la richesse des données de la base Ecogen hiérarchisées selon deux niveaux : les caractéristiques de la séance/des patients et les caractéristiques du médecin.

Notre principal résultat, en analyse multivariée, était alors que le CAPI, après ajustement par tous les facteurs de confusion possibles, n'a pas eu un impact significatif sur la durée de consultation. Le fait que les résultats obtenus sur les motifs de consultation spécifiques étaient identiques a permis de valider indirectement ce résultat.

Toutefois, ces résultats ne soutiennent pas l'hypothèse selon laquelle le P4P pourrait favoriser les principes de justice et de bienfaisance en augmentant le temps consacré aux activités de prévention ou le suivi des maladies chroniques lors d'une consultation bien que nous ne puissions formellement exclure que les médecins aient segmenté leurs consultations ou qu'ils y aient effectivement consacré plus de temps au sein d'une consultation mais alors au détriment d'autres aspects (effet tunnel).

En mettant en place le dispositif de P4P, la CNAMTS a clairement établi comme objectif prioritaire d'améliorer la qualité des soins offerte aux patients et de diminuer sa variabilité. Par ailleurs, une partie des médecins interrogés s'inquiétait devant une potentielle menace de l'autonomie à laquelle pouvaient, jusque-là, prétendre les patients. Ce sont donc bien les patients qui sont au centre de ce dispositif et, pourtant, leur acceptation du système n'a été que peu étudiée.

C'est pourquoi nous avons souhaité interroger directement un échantillon raisonné de patients au moyen d'entretiens individuels, ce qui n'avait jamais été fait jusque-là en France.

V/ POINT DE VUE DES PATIENTS SUR LE PAIEMENT A LA PERFORMANCE

Une réflexion sur les modes de rémunérations des médecins généralistes, en particulier lorsqu'elle veut se centrer sur des problématiques d'ordre éthique, paraîtrait incomplète si l'avis des patients, au centre du système de santé, n'était pas pris en considération.

La satisfaction du patient constitue l'un des critères déterminants de la qualité des soins. (108) Il existe, par exemple, une meilleure adhésion thérapeutique chez les patients qui se disent satisfaits de leur prise en charge par leur généraliste. (109) Il est donc important de tenir compte de leur point de vue dans les réformes du système de santé.

Peu d'études s'étaient spécifiquement intéressées à l'opinion des patients quant au mode de rémunération des médecins. Deux travaux menés aux Etats Unis ont semblé retrouver une préférence des patients pour le paiement à l'acte. (131,132)

S'agissant du point de vue des patients français sur le P4P, très peu de travaux s'y sont spécifiquement intéressés, aucun, à notre connaissance, ne les ayant directement interrogés au travers d'entretiens individuels.

Nous avons donc décidé d'interroger un échantillon diversifié de patients franciliens afin d'étudier leurs points de vue sur le paiement à la performance des médecins généralistes.

V.1/ Méthode

V.1.1/Le choix d'une étude qualitative

L'analyse qualitative a été privilégiée ici afin de comprendre en profondeur un phénomène dans toute son ampleur et sa complexité. Ce type d'étude tient à rechercher le pourquoi, en tentant de faire émerger les causes profondes qui amènent à soutenir telle ou telle opinion.

L'analyse qualitative ne recherche pas la représentativité, mais l'état d'âme et le ressenti des patients. Ainsi, l'objectif de ce travail était d'induire le maximum de réponses possibles, dans un environnement familier pour les patients, sans risquer de les déstabiliser. Nous avons pour cela mené une étude qualitative par entretiens individuels de patients à l'aide d'un guide d'entretien semi structuré.

L'objectif visé par ce type d'entretien était de faire exprimer les représentations pratiques inscrites dans les esprits et qui peuvent difficilement ressortir dans les entretiens de groupe ou

les questionnaires. En outre, grâce au contact plus personnel qui existe alors entre la personne interrogée et l'interviewer, des sujets plus délicats peuvent être abordés.

V.1.2/ Processus de recueil des données

Deux étudiantes en cours de thèse de médecine (Cécile Dubourdieu et Claire Leroux) ont réalisé les entretiens à l'aide du même guide d'entretien (annexe 7).

Il s'agissait d'entretiens individuels semi-directifs reposant sur un guide d'entretien élaboré par quatre chercheurs (les deux internes, leur directeur de thèse et un économiste). Le nombre de patients à interroger devait permettre d'atteindre la saturation des données. La saturation étant le critère de validation, qui désigne l'instant où l'analyse de nouvelles données, n'apportera pas de thèmes supplémentaires émergents, et donc ne permettra pas une meilleure compréhension du phénomène étudié.⁽¹¹³⁾ Aux vues des données de la littérature, une quarantaine d'entretiens semblaient souhaitables.

L'un des risques de ces entretiens résidait dans une interprétation subjective et personnelle des résultats par le chercheur. Pour diminuer ce biais, nous avons décidé de réaliser une triangulation de nos résultats.

V.1.3/ Rédaction des guides d'entretien

Nous avons réalisé un guide d'entretien reposant sur trois parties. Nous nous sommes tout d'abord intéressés aux connaissances des patients quant aux différents modes de rémunération des médecins, puis nous avons étudié leur avis concernant le paiement à la performance et, enfin nous nous sommes intéressés à connaître leurs avis sur les autres modes de rémunération des médecins généralistes : le paiement à la capitation et le salariat.

Nous avons élaboré ce guide d'entretien de façon à ce que les questions soient le plus neutre possible afin de ne pas influencer les réponses des patients. Les questions étaient volontairement ouvertes pour obtenir le plus grand nombre d'avis différents en laissant la parole aux patients interrogés. Ainsi, les grilles d'entretien ont été réalisées de façon à ne pas révéler les problématiques issues de la littérature, pour essayer de faire émerger le plus d'idées possibles spontanées par les patients.

V.1.4/ Entretiens préliminaires

Un guide d'entretien a été d'abord testé sur des patients proches des chercheurs, afin d'évaluer la compréhension et la pertinence de nos questions, d'anticiper les stratégies d'écoute et d'interrogation, ainsi que le temps nécessaire pour répondre au guide d'entretien. Ces premiers entretiens exploratoires nous ont permis de mettre en lumière le fait que le P4P était très peu connu, surtout pour les personnes n'ayant aucun lien avec le milieu médical. Nous avons pu modifier notre guide d'entretien par la suite en donnant plus d'exemples concrets pour que les patients comprennent mieux le paiement à la performance et puissent ainsi répondre de façon pertinente aux questions.

Nous avons cependant gardé la volonté de ne pas influencer les réponses des patients en faisant une présentation très neutre des modes de rémunération. Pour cela, nous nous sommes appuyés sur des exemples d'indicateurs accompagnés d'une description standardisée.

La version définitive du guide d'entretien est présentée en annexe. (Annexe 6)

Afin d'éviter au maximum le biais lié à la présence de deux interviewers, nous avons préparé des réponses-types sur les principales questions que pouvaient soulever les patients interrogés, afin d'avoir strictement les mêmes réponses à leur fournir.

V.1.5/ Recrutement des patients

Après concertation de trois chercheurs, il a été décidé de raisonner la sélection des patients selon quatre critères : leur genre, leur âge, leur lieu de résidence (rural/urbain) et leurs antécédents. La prise de contact pouvant s'effectuer par trois voies : les associations de patients, les pages blanches et les médecins généralistes de la région parisienne.

Nous souhaitons que la moitié environ des patients soit âgée de moins de 50 ans sans antécédent particulier, l'autre moitié devant correspondre à des patients de plus de 50 ans, présentant soit une HTA, soit un diabète chronique, afin de répondre aux critères d'éligibilité des indicateurs du P4P français.

V.1.6/ Déroulement des entretiens

Une réflexion a été menée quant au lieu le plus approprié dans lequel interroger les patients. Nous avons éliminé le cabinet du médecin généraliste car le patient n'oserait probablement pas répondre de façon totalement franche et libre, sachant son médecin généraliste à proximité.

Nous avons donc décidé de mener les entretiens soit chez les patients eux-mêmes, soit dans les locaux de l'université de Versailles Saint Quentin en Yvelines.

Nous avons alors réfléchi à la possibilité de rémunérer les patients se rendant à la faculté afin de les indemniser de ce déplacement et afin d'obtenir plus facilement leur accord. Le risque d'une rémunération est de créer un biais de recrutement. Afin d'éviter ce biais, l'ensemble des entretiens a finalement eu lieu aux domiciles des patients et nous n'avons pas eu à recourir à la nécessité de les rémunérer.

Le recueil des données s'est effectué par dictaphone, après l'obtention de l'accord oral de chaque patient, puis les entretiens ont été entièrement retranscrits par écrit. Les patients étaient prévenus que leurs propos se retrouveraient de manière anonyme dans les travaux issus de ces entretiens.

V.1.7/ Analyse des données

La méthode d'analyse a reposé sur les grands principes de la théorisation ancrée,(133) selon laquelle les chercheurs doivent développer une théorie à partir de données de terrain collectées. Cela permet de théoriser un phénomène empirique à travers plusieurs étapes successives : la codification, la catégorisation, la mise en relation, l'intégration, la modélisation et la théorisation. (133)

- ✓ la codification consiste à étiqueter l'ensemble des éléments présents dans le corpus initial ;
- ✓ la catégorisation où les aspects les plus importants du phénomène à l'étude commencent à être nommés
- ✓ la mise en relation, étape où l'analyse débute véritablement
- ✓ l'intégration, moment central où l'essentiel du propos doit être cerné
- ✓ la modélisation, où l'on tente de reproduire la dynamique du phénomène analysé
- ✓ la théorisation, qui consiste en une tentative de construction minutieuse et exhaustive de la «multidimensionnalité» et de la «multicausalité» du phénomène étudié.

L'analyse s'est faite avec l'aide du logiciel N VIVO 9® qui a permis de collecter, d'organiser et d'analyser le contenu des entretiens.

Le travail d'analyse a été réalisé indépendamment par deux chercheurs, puis dans un deuxième temps, l'ensemble de l'analyse a été retravaillée par l'ensemble des chercheurs, selon le principe de triangulation de l'analyse des données, (113) afin de s'assurer que les

mêmes thèmes et sous thèmes émergeaient et de contrôler au mieux la subjectivité des chercheurs.

V.1.8/ Accord du comité de protection des personnes

Nous avons sollicité le CPP de Saint Germain en Laye en décembre 2013 et obtenu son accord le 21 janvier 2014. (Annexe 7)

V.2/ Résultats

V.2.1/ Période d'étude et profil des patients interrogés

Quarante entretiens ont été nécessaires pour obtenir la saturation des données. Ils se sont déroulés de mars à juillet 2013, sur plusieurs villes d'Ile de France. Quinze entretiens se sont déroulés en milieu semi-rural.

Les entretiens ont duré en moyenne 13 minutes, avec un minimum de 9 minutes et un maximum de 41 minutes.

Les caractéristiques de chaque patient interrogé sont regroupées dans le tableau ci-dessous :

Patient	Age	Sexe	HTA	Diabète	Zone géographique	Patient	Age	Sexe	HTA	Diabète	Zone géographique
P1	84 ans	H	O	N	Urbaine	P21	52 ans	F	N	N	Urbaine
P2	24 ans	F	N	N	Semi-rurale	P22	77 ans	F	O	N	Urbaine
P3	22 ans	F	N	N	Semi-rurale	P23	77 ans	H	N	N	Urbaine
P4	70 ans	F	O	N	Semi rurale	P24	66 ans	H	O	N	Urbaine
P5	36 ans	F	N	N	Urbaine	P25	52 ans	F	O	O	Urbaine
P6	63 ans	F	N	N	Semi-rurale	P26	27 ans	H	N	N	Urbaine
P7	68 ans	F	O	O	Semi-rurale	P27	28 ans	F	N	N	Semi-rurale
P8	90 ans	F	O	N	Urbaine	P28	83 ans	F	O	O	Urbaine
P9	60 ans	F	N	N	Urbaine	P29	25 ans	F	N	N	Urbaine
P10	84 ans	F	O	N	Semi-rurale	P30	60 ans	F	O	N	Semi-rurale
P11	39 ans	F	N	N	Semi-rurale	P31	78 ans	F	O	N	Urbaine
P12	30 ans	H	N	N	Urbaine	P32	81 ans	H	N	N	Urbaine
P13	70 ans	H	O	O	Semi-rurale	P33	82 ans	F	O	O	Urbaine
P14	74 ans	H	N	N	Semi-rurale	P34	35 ans	F	N	N	Semi-rurale
P15	40 ans	H	N	N	Urbaine	P35	34 ans	H	N	N	Urbaine
P16	35 ans	H	N	N	Semi-rurale	P36	76 ans	F	N	O	Urbaine
P17	70 ans	H	O	O	Semi-rurale	P37	73 ans	F	N	N	Urbaine
P18	55 ans	H	O	N	Urbaine	P38	77 ans	H	N	O	Urbaine
P19	27 ans	F	N	N	Urbaine	P39	67 ans	H	O	N	Semi-rurale
P20	28 ans	F	N	N	Urbaine	P40	29 ans	H	N	N	Urbaine

Au total, notre panel de patients était composé de 24 femmes et de 16 hommes, dont l'âge allait de 22 à 90 ans. L'âge moyen était de 56 ans.

V.2.2/Quelle connaissance les patients avaient-ils du P4P ?

La grande majorité des patients n'avait jamais entendu parler du paiement à la performance, mais certains pouvaient imaginer ce dont il s'agissait. Pour la minorité en ayant déjà entendu parler, c'était au travers d'informations télévisées ou par la presse écrite.

P9 : *« J'en ai déjà entendu parler par les infos je crois bien. »*

P24 : *« J'en ai entendu parler, il va bientôt être mis en place (...) d'après ce que j'ai lu dans la presse. »*

Aucun ne connaissait les détails de la mesure.

P26 : *« J'en ai entendu parler, mais je ne suis pas sûr de qui évalue et qui fait quoi exactement. »*

P30 : *« Oui, j'imagine ce que cela peut représenter, mais je n'en connais pas les détails. »*

P35 : *« J'en ai entendu parler, mais je ne saurais pas dire exactement en quoi ça consiste. »*

Ils savaient qu'il s'agissait d'objectifs à remplir, soumis par la Sécurité Sociale:

P14 : *« Je crois que c'est une performance vis-à-vis de la Sécurité Sociale. Si le médecin réalise tous les accords de la Sécurité sociale, alors il est performant. »*

P22 : *« Par rapport aux résultats et aux examens qu'ils demandent. C'est la Sécurité sociale à la fin de l'année qui leur donne une somme, mais je ne sais pas si c'est fait encore. »*

Et que ces objectifs étaient en rapport avec une diminution de volume de prescriptions, ou avec la prescription de médicaments génériques :

P9 : *« Je crois que les médecins sont rémunérés s'ils prescrivent peu, certains médicaments, par exemple, les antibiotiques. »*

P23 : *« Théoriquement, il faut que le médecin ait un résultat, qualité de service, qui soit rentable et raisonnable, c'est-à-dire prescrire un minimum de médicaments (...) tant qu'à faire, il faut qu'ils soient en dessous de cette moyenne, qui permet de donner un bonus de rémunération ou d'indemnités. »*

P24 : *« En fonction de certains objectifs de l'ordre de prévention, d'informations, et peut-être encore sur d'autres sujets. »*

P30 : « (...) avoir trait à un minimum de temps passé avec le patient, à la rigueur de la prescription : modération de prescription, prescription de génériques, sur les antibiotiques, sur les examens complémentaires. (...) d'être plus performant par rapport à ce que l'on pense des bonnes manières de soigner les gens. Si le médecin atteint ses objectifs, il doit toucher des primes. »

Dans un but de diminution des dépenses de santé :

P30 : « Permettant de faire des économies globales au système de santé. »

P40 : « (...) si le médecin suit un schéma de soins qui va dans le sens d'une économie de santé. »

Seuls deux patients ont suggéré une hauteur de somme reçue en fin d'année :

P22 : « Le montant je l'ai entendu l'autre jour, ce n'est pas 6000 euros ? »

P24 : « (...) les médecins peuvent percevoir une somme, qui peut aller jusqu'à 3000 euros. »

Les patients, qui n'en avaient jamais entendu parler, essayant de deviner de quoi il s'agissait, imaginaient un paiement essentiellement basé sur des indicateurs de résultats:

P2 : « C'est un paiement si les médecins arrivent à nous soigner ? »

P8 : « Ca m'évoque un système de paiement aux résultats, c'est ça ? »

P12 : « C'est une obligation de résultats ? Parce-que si les résultats sont la longévité de ses patients, ça paraît bizarre ! »

P27 : « En fonction des objectifs et des résultats attendus (...) Le médecin serait payé si les objectifs étaient atteints. »

Ou en fonction de la satisfaction des patients :

P20 : « Alors j'imagine qu'on n'évalue pas le médecin sur les résultats des médicaments qu'il prescrit, mais plus sur la satisfaction de ses patients peut-être. »

Certains faisaient le parallèle avec d'autres milieux de travail où ce système de rémunération existe déjà :

P20 : « (...) ça m'évoque le système des entreprises, avec les objectifs annuels pour avoir des primes, et un organisme qui réalise un audit de l'entreprise en question. »

P25 : « Mais je suppose que c'est comme pour les sociétés privées, il doit y avoir un objectif à remplir et si on le respecte et bien on obtient une prime. »

V.2.3/ Un impact potentiellement positif attribué au P4P par les patients

Diminuer le volume de prescriptions en limitant les abus

Selon les patients, le P4P permettrait une diminution du volume de prescriptions, notamment sur certaines classes médicamenteuses :

P7 : « (...) ça permettait d'éviter les abus de certains médecins. Parce que pour pouvoir toucher la prime, je crois qu'il faut qu'ils se restreignent dans leurs prescriptions. »

P9 : « Trop de médicaments, ce n'est pas bon pour la santé. Je suis pour un contrôle pour diminuer leur prescription, en tous cas, ceux qui ne sont pas nécessaires. (...) Par exemple, pour les antibiotiques, c'est bien que les médecins soient contrôlés sur leurs prescriptions. »

Favoriser la prise en charge de toutes les catégories de patients

Un patient a imaginé que ce mode de rémunération permettrait de soigner l'ensemble de la population et notamment les patients aux plus faibles revenus :

P13 : « Je pense que ça peut inciter le médecin à suivre plus spécialement cette catégorie de personnes, qui n'ont pas beaucoup de moyens. »

Améliorer la qualité des soins

De manière générale, les patients ont estimé que le P4P améliorerait la qualité des soins et le travail des médecins, l'argent étant élément moteur :

P4 : « Ca peut encourager les médecins à mieux soigner. »

P20 : « Moi je vois, les personnes qui ont des primes dans les entreprises travaillent mieux que celles qui n'en n'ont pas. »

P34 : « On propose une rémunération supplémentaire pour avoir fait correctement son travail, ça ne peut qu'améliorer la qualité des soins. »

Augmenter la durée de consultation

Un patient a pensé que le P4P permettrait d'allonger le temps de consultation par patient, afin de balayer tous les domaines de prévention et de suivi :

P20 : « Peut-être que grâce à cette prime ils chercheront moins à accumuler les consultations rapides, mais pourront se permettre de prendre plus de temps avec leurs patients. »

Améliorer le suivi

Une grande partie des patients interrogés était convaincue que ce système améliorerait le suivi des patients, et particulièrement des patients aux pathologies chroniques :

P3 : « *Ca va inciter le médecin à être plus rigoureux quant au suivi de ses patients. »*

P6 : « *Meilleur suivi des patients (...) C'est rassurant de savoir que le médecin va faire plus attention à notre suivi. »*

P16 : « *C'est remettre le suivi de la personne au centre de la consultation. »*

P35 : « *Pour tout ce qui est (...), suivi des malades, ça me paraît plutôt aller dans la bonne direction (...) il y a un suivi plus régulier et rigoureux. »*

Améliorer la prévention

De la même façon, les patients pensaient que le P4P améliorerait la prévention des pathologies et notamment des pathologies graves, comme les cancers :

P18 : « *Ils (médecins) vont faire plus attention à la prévention des maladies. »*

P25 : « *C'est utile pour le dépistage des cancers. »*

P26 : « *c'est sur la prévention, sur le dépistage (...) s'il y a le médecin qui te rappelle que tu dois faire tel examen, ça permet de dépister les choses de façon plus en amont, et ça c'est pas mal. »*

P40 : « *Ça permet d'anticiper les maladies le plus tôt possible, et de les prendre en charge rapidement. »*

Réaliser des économies de santé

Le P4P étant une mesure proposée par la Sécurité Sociale aux médecins, les patients imaginaient que c'était dans un but d'économie de la santé :

P12 : « *Pour pallier au déficit de la Sécurité Sociale. (...) Je voyais ce contrat uniquement dans une politique de réduction des coûts de la Sécurité Sociale. »*

P40 : « *Si le médecin a un schéma de soins qui va dans le sens d'une économie de santé (...) dans l'optique de diminuer les dépenses de santé (...) de minimiser les frais de santé par la suite. »*

Conscients des impératifs économiques, ils étaient globalement favorables à cette façon de réduire les dépenses de santé:

P24 : « *Logiquement ça devrait être positif : minorer les dépenses et éviter des doublons ou des attitudes inadaptées (...) Si la Sécurité Sociale est prête à donner de l'argent à des médecins, c'est bien pour qu'elle y trouve une contrepartie sensiblement plus importante que l'argent qu'elle verse aux médecins au final. »*

P26 : « *Si ça permet aussi de faire des économies par ailleurs en favorisant des politiques de santé publique, moi je trouve ça bien.* »

Grace au dépistage et à la prévention, en diminuant la fréquence des maladies ou en les dépistant à un stade plus précoce, la Sécurité Sociale pourrait également faire des économies :

P18 : « *Pour diminuer la fréquence des maladies, donc des dépenses de santé.* »

P22 : « *(...) par exemple le vaccin contre la grippe, permet d'éviter les frais quand les patients ont la grippe.* »

P30 : « *Prévenir des maladies et du coup éviter des frais supplémentaires. (...) Permettant de faire des économies globales au système de santé.* »

V.2.4/ Une appréciation souvent positive du principe de rémunération sur objectifs

Selon les patients, un bonus peut constituer une motivation financière suffisante pour améliorer la qualité du travail, quel que soit le domaine impliqué. Les patients encourageaient le mode incitatif plutôt que le mode répressif qui pourrait également être utilisé si les objectifs n'étaient pas atteints.

P2 : « *Une prime motive forcément.* »

P5 : « *Un médecin motivé, c'est alors motivant pour le patient, et celui-là, ira alors plus faire ce que son médecin lui demande de faire.* »

P11 : « *Après oui je pense que ça peut motiver le médecin, même s'il a une vocation, il faut bien qu'il vive, l'argent est important.* »

P26 : « *Ce qui est bien dans ce mode de rémunération, c'est le caractère incitatif, on n'est plus dans la répression, donc c'est beaucoup plus positif et après si ça permet aussi de faire des économies par ailleurs en favorisant des politiques de santé publique, moi je trouve ça bien.* »

Le principe de rémunérer d'avantage les médecins impliqués dans les domaines de la prévention, du dépistage et du suivi des maladies chroniques était considéré comme juste par plusieurs patients.

P20 : « *Cette prime est aussi une reconnaissance du travail fourni.* »

V.2.5/ Le principe d'un effet d'aubaine potentiel perçu et non contesté par les patients

Plusieurs patients déclaraient même apprécier le fait que leur médecin, qu'ils jugeaient, compétent, soit récompensé financièrement, sans modifier ses habitudes de prise en charge et se réjouissaient qu'il gagne mieux sa vie.

P4 : « *Je trouve que c'est bien que les médecins qui fassent bien leur travail et qui prescrivent les bons médicaments soient récompensés. Je trouve ça rassurant.* »

P7 : « *Et si ça peut lui rajouter un peu de beurre dans les épinards, tant mieux pour lui ! Il le mérite bien !* »

P12 : « *Ils ne modifient rien et gagnent quand même de l'argent.* »

P28 : « *Le paiement à la performance permet de féliciter les médecins qui font déjà bien leur travail.* »

V.2.6/ L'adhésion volontaire au P4P décrite comme une preuve de sérieux, liée à une certaine rigueur de prescription

Les patients ont fait remarquer que l'adhésion des médecins à ce contrat était, pour eux, une marque de sérieux, de rigueur et de garantie d'être un bon médecin.

P2 : « *(...) je me dirais que si le médecin assure un bon suivi pour les maladies chroniques, c'est qu'il est sûrement consciencieux et que je serais bien soignée aussi pour un rhume, une gastro.* »

P5 : « *(...) un médecin qui a passé ce type de contrat, (...) est sérieux.* »

P20 : « *C'est une preuve de sérieux.* »

V.2.7/ Une prise de conscience du rôle des patients quant au montant de la prime

Plusieurs patients ont souligné le fait, que malgré les explications, les recommandations du médecin, en bout de chaîne, le seul responsable de la décision finale était le patient lui-même. Autrement dit, si le patient avait décidé, en connaissance de cause, avec ses propres convictions, de ne pas effectuer les soins préconisés par le médecin, celui-ci n'était en rien responsable, mais il ne pourrait pas toucher sa prime.

P2 : « *Parce que même si le médecin le prévient, le patient peut en faire qu'à sa tête et ne pas aller faire ses examens (...) que son médecin lui dit. Le médecin n'y est pour rien s'il prévient correctement son patient (...). Du coup, si le patient ne suit pas les indications de son*

médecin, malgré le fait que le médecin a bien fait son travail, le médecin ne va pas avoir sa prime. »

P3 : *« Ca dépend aussi du patient, s'il joue le jeu (...) le patient peut en faire qu'à sa tête et ne pas aller faire ses examens. »*

P21 : *« Faut-il que les gens à qui on prescrit les actes, les fassent. »*

P26 : *« (...) en s'assurant que le patient réalise bien les examens. »*

Les patients se sont interrogés sur la manière dont les médecins pouvaient être sûrs que leurs patients aillent bien faire les examens demandés, ou suivre l'ordonnance prescrite :

P6 : *« Comment va faire le médecin pour s'assurer que son patient diabétique vienne bien tous les trois mois en consultation (...) Je pense que c'est difficile. Parce qu'on ne peut pas forcer les gens à se faire suivre. »*

P21 : *« (...) il (médecin) ne peut pas se pointer chez le patient, et le taper sur la tête et lui demander d'aller faire les examens. »*

Des patients soulignaient leur réticence à prendre certains médicaments et avouaient que, malgré les recommandations de leur médecin, ils ne les prendraient pas, selon leurs croyances et les convictions :

P10 : *« Et puis, je suis contre la vaccination contre la grippe (...). Il ne m'a jamais obligée à faire ce vaccin, et il ne me le propose même plus, ce qui me va très bien. Il m'a toujours laissée libre. »*

P14 : *« La prescription de génériques, mais moi ça je m'en méfie. J'ai encore vu une émission la semaine dernière, où ils disaient que les contrôles des génériques étaient moins bons, que souvent ces médicaments n'étaient pas fabriqués en France, et puis on se rend compte qu'ils sont dangereux seulement quand quelque chose de grave arrive par la suite. »*

V.2.8/ Une information persuasive parfois souhaitée

Le P4P pousserait le médecin à être plus explicatif, voire plus directif lorsqu'il prescrit des examens, pour s'assurer de l'observance de ses patients:

P8 : *« Le médecin doit être plus persuasif avec ses patients. Ça doit l'encourager à faire en sorte que ses patients aient confiance en lui. »*

P14 : « *Je pense que ça peut encourager les médecins à donner plus d'explications à leurs patients, pour que ceux-ci aillent faire les examens demandés.* »

P26 : « *(...) s'il y a le médecin qui te rappelle que tu dois faire tel examen, ça permet de dépister les choses de façon plus en amont, et ça c'est pas mal.* »

Mais ce dirigisme n'était pas toujours souhaité par les patients interrogés et d'autres aspects potentiellement néfastes étaient également mis en avant.

V.2.9/ Les dérives potentielles engendrées par le P4P.

La sur-prescription

Un grand nombre des patients interrogés a souligné le risque de sur-prescription d'examens inutiles et coûteux, engendré par le P4P, dans le but de satisfaire les indicateurs et sans intérêt particulier pour le patient.

P3 : « *Avoir tendance à prescrire plus d'examens complémentaires qu'il n'en faudrait.* »

P5 : « *Peut-être que certains médecins peuvent détourner le système pour faire le plus possible d'actes qui leur rapporteront le plus.* »

P26 : « *On peut imaginer des situations où le médecin sur-prescrit pour remplir son quota.* »

P30 : « *Ça va entraîner des examens qui n'auraient pas eu lieu avant, sans qu'il n'y ait d'amélioration.* »

P40 : « *J'ai l'impression qu'on oblige les médecins à réaliser des actes, et ça ne va pas dans le sens des réductions de dépense de santé.* »

Une possible sélection des patients

Les patients craignaient que cette mesure incite les médecins à ne suivre qu'une certaine catégorie de patients qui correspondent aux critères des indicateurs de performance, et qui leur rapporteraient plus d'argent.

P11 : « *Après si le médecin ne fait que de l'objectif, est-ce qu'il ne va pas préférer telle ou telle personne qui va lui rapporter plus ? Ça peut entraîner de la sélection de patients. Il peut, je pense, plus s'occuper des patients respectueux de ses ordonnances que des autres.* »

P16 : « *Le médecin ne peut suivre que des diabétiques pour gagner plus d'argent par exemple, il peut essayer de suivre les patients avec un profil rentrant dans les cases du contrat pour avoir plus d'argent.* »

Un patient craignait que son profil de « patiente jeune » n'intéresse absolument pas les médecins, au profit des patients âgés ou ayant une maladie chronique :

P19 : « *Il peut y avoir une sélection des patients. Moi je ne l'intéresserais pas ! Je suis jeune, sans maladie chronique (...) la sélection des patients : les personnes âgées, et ceux qui ont des maladies chroniques.* »

Un patient pensait que ce système favoriserait les patients riches, ceux pouvant suivre les prescriptions des médecins, consulter les spécialistes recommandés, faire les examens prescrits...

P11 : « *Après je pense que tout ça c'est une histoire d'argent : les personnes qui vont le plus se faire suivre, ce sont les plus riches, car elles peuvent se permettre d'aller chez le spécialiste, donc ce système peut permettre malheureusement qu'on tende encore plus vers une société qui favorise les riches.* »

Le risque de l'oubli de la place centrale du patient

Un grand nombre de patients semblait penser que ce système de rémunération à la performance, pourrait provoquer des changements d'attitude du médecin généraliste qui risquerait d'orienter la consultation vers les sujets lui rapportant le plus, en oubliant la demande principale du patient.

P5 : « *Le risque c'est qu'il (le médecin) suive plus ce que la Sécurité Sociale lui demande de faire, plutôt qu'il ne fasse ce dont le patient a vraiment besoin à un moment donné.* »

P14 : « *Moins bien soigner pour gagner plus, par exemple, en ne soignant uniquement que ce qui concerne les indicateurs (...) il faut être très vigilant car bien souvent c'est le patient qui trinque, il ne faut pas que ces réformes soient faites aux dépens du patient.* »

P16 : « *Si un patient a une complication qui ne rentre pas dans ce cadre, dans ces indicateurs, il ne sera peut-être pas bien soigné.* »

P18 : « *Si les critères sont fixes, le risque est que le médecin se concentre sur certains domaines et en néglige d'autres (...) il ne prendra peut-être pas le temps de bien soigner les autres domaines (...) Cela donne le risque à l'orientation de la consultation, du fait que certains domaines soient mis de côté.* »

Ils craignaient que les consultations deviennent routinières, que les médecins négligent les problèmes des patients et redoutaient une évolution qui tendrait à diminuer la personnalisation des consultations :

P4 : « *Il ne faudrait pas que ce type de contrat empêche cette adaptation du médecin pour son patient. »*

P9 : « *Ca peut favoriser la routine ces indicateurs pour les médecins, et il ne faudrait pas que les médecins ne regardent pas toutes les autres choses de la médecine : la relation avec leurs patients... »*

P10 : « *Le gros risque pour moi, c'est de faire de l'abatage. C'est de considérer les patients comme du bétail (...) souvent, on consulte pour le renouvellement des traitements, mais dès que le patient a un autre problème, même s'il est petit, le médecin a tendance à ne pas s'en préoccuper et à passer à autre chose. »*

Ils craignaient que le médecin soit plus attaché à sa prime qu'au soin de son patient, que l'intérêt économique entre en concurrence avec celui du patient, et qu'au maximum il puisse même le dépasser:

P20 : « *Risque d'encourager le médecin à travailler pour gagner de l'argent, et non plus pour soigner ses patients. »*

P22 : « *J'ai toujours peur que si la sécurité sociale dicte ce que doit faire le médecin c'est plus dans un intérêt économique que dans l'intérêt du patient. »*

Les patients avaient tendance à croire que les bons médecins, qui étaient les leurs, faisaient déjà bien leur travail en répondant aux indicateurs de suivi et de prévention et que ce système ciblait « les autres » afin de remettre dans le droit chemin les mauvais médecins, moins consciencieux et moins rigoureux.

P3 : « *Ca va inciter le médecin qui était un peu moins scrupuleux avant à être plus rigoureux.»*

P7 : « *(...) pourrait peut-être utiles aux médecins trop rapides. »*

P14 : « *Peut-être pour des médecins peu consciencieux, alors oui, là ça peut améliorer leur façon de faire. »*

P19 : « *Après tant mieux, si ça peut améliorer les mauvais médecins. »*

P17 : « *Moi mon médecin traitant est motivé par ses patients, par l'humain, par la foi dans son métier. Maintenant, il y a certainement des médecins différents, alors pourquoi pas pour eux. »*

Une patiente a soulevé le fait que cette rémunération serait surtout utile aux jeunes médecins sans expérience, leur permettant d'avoir un guide médical de « bonne conduite ».

P37 : « *Un médecin, fait automatiquement les analyses adéquates sans avoir besoin de la sécurité dans le dos, pour l'inciter à faire ça, à moins que ce soit un médecin qui soit jeune, qui ait 30 ans et qui commence, et qu'il faut guider.* »

Une possible perte d'autonomie pour les médecins

Certains patients pensaient que le fait de mêler la sécurité sociale aux prescriptions des médecins, diminuait leur liberté et le regrettaient :

P4 : « *Je trouve que ça enlève de la liberté au médecin. Je trouve que c'est au médecin de dire s'il veut que ses résultats soient affichés. Ça leur enlève (aux médecins) du jugement sur ce qu'ils doivent eux même faire. (...) Je préfère un médecin libre, qu'un médecin sur des rails toutes faites.* »

P6 : « *Je pense que le médecin devrait être libre de faire comme il veut.* »

P14 : « *Mais je comprends que les médecins aient une certaine réticence avec ce que demande la Sécu, car ils doivent alors se sentir moins libres.* »

P40 : « *(...) je pense que chaque médecin doit adapter ses soins en fonction des patients et être libre de ses prescriptions, pour être le plus efficace possible (...) le médecin n'a plus sa liberté d'initiative et d'exercice.* »

Un système potentiellement coûteux

Ce point a divisé les patients et, alors que certains y voyaient une source d'économies, d'autres craignaient que ce soit une mesure trop coûteuse :

P21 : « *Ça risque de coûter très cher.* »

P35 : « *Faire des examens, qui sont coûteux et qui contribuent grandement au trou de la sécurité sociale.* »

P40 : « *J'ai l'impression qu'on oblige les médecins à réaliser des actes, et ça ne va pas dans le sens des réductions de dépense de santé.* »

Un patient a précisé que pour augmenter le revenu des médecins, il préférerait qu'on augmente le tarif de la consultation, plutôt que de payer des primes :

P4 : « *Après je préférerais le payer plus cher, plutôt qu'il n'ait une prime, à la rigueur.* »

La pénibilité de la mesure

Quelques patients ont imaginé que le P4P pouvait être une mesure pénible et amener un travail supplémentaire aux médecins généralistes, déjà occupés à d'autres tâches.

P6 : *« Ça lui (le médecin) donne un surcroît de travail, je ne sais pas comment va faire le médecin pour s'assurer que son patient diabétique vienne bien tous les trois mois en consultation, s'il doit l'appeler au téléphone, ou lui écrire. Ça devient vraiment compliqué pour lui. (...) Et puis les médecins généralistes font déjà un boulot dingue, donc je ne sais pas comment il va faire pour prendre le temps de faire ce contrat. »*

P29 : *« C'est peut être assez pénible à faire, de compter en fin d'années. »*

V.2.10/ Le paiement à la performance parfois considéré comme un système malsain, non adapté à la médecine

Quelques patients ont fait le parallèle entre le paiement à la performance en médecine et les primes à la performance utilisées dans d'autres secteurs d'activité, comme les banques. Ils trouvaient qu'il s'agissait d'un terme non adapté à la médecine. Ils imaginaient qu'en médecine on ne pouvait pas payer le médecin sur sa réussite ou non à soigner un malade. Ce n'était pas un système binaire comme il pouvait y avoir dans d'autres milieux.

P10 : *« Non, je ne pense pas que ce soit bon, ça me fait penser aux banques avec un système d'objectifs. »*

P12 : *« Moi je trouve que c'est plus des critères de gestion ce que vous me dites, que des critères de performance. Et dans le domaine de la médecine, c'est difficile de demander des résultats systématiquement au médecin. »*

P16 : *« Moi ce qui me choque entre guillemets, c'est ce terme de performance, qui dans un monde de santé me paraît absurde (...) Soigner les gens, ce n'est pas mesurable comme on le ferait pour des résultats d'un sport. »*

P33 : *« Mauvais esprit (...) ça ne me plaît pas (...) ce n'est pas bon, c'est malsain (...) c'est monter les uns contre les autres (...) ambiance malsaine (...) tous les médecins ne sont pas honnêtes. »*

P36 : *« Le mot « à la performance », est complètement idiot (...) c'est stupide, ça fait preuve d'un mépris. »*

Certains patients étaient interpellés par le fait que les médecins étaient rémunérés sur des choses simples, qui faisaient partie de leurs attributions de médecins :

P1 : « *Sur un plan éthique, contrôler les gens sur des points que leur métier leur impose de faire habituellement est « moyen », je trouve. »*

P19 : « *Et, puis ça me paraît normal, que le médecin surveille le taux de diabète ou la vaccination des personnes âgées. »*

P39 : « *(...) utiliser cette motivation financière pour inciter des médecins à faire leur boulot, c'est choquant. »*

Des patients pensaient que le médecin était dans l'obligation de bien soigner ses patients, ou du moins de faire le maximum, cela faisant partie du métier pour lequel il s'était engagé ; dans ce sens le P4P pouvait introduire une forme de doute quant à ses motivations :

P8 : « *(...) Les médecins prêtent le serment d'Hippocrate, quand même ! »*

P39 : « *On pourrait espérer que la conscience professionnelle du praticien fait qu'il fera tous les examens nécessaires sans qu'il y ait besoin d'une incitation financière pour les faire (...) Ca va devenir un complément de rémunération systématique. »*

D'autre part, les patients disaient venir voir leur médecin pour être soigné, et non pour lui faire gagner plus d'argent.

P8 : « *J'ose espérer que la rémunération n'a pas d'impact sur la qualité des soins, c'est surtout ça mon idée : on ne change pas (...) sa façon de soigner en fonction de sa rémunération. C'est comme ça que je vois la vie ! »*

P11 : « *On n'a pas envie de savoir qu'il y a des histoires de prime quand on est patient. On aimerait que le médecin nous soigne uniquement pour qu'on aille mieux, c'est une question de déontologie tout ça. »*

P15 : « *Je suis complètement contre, je suis catégorique : tout ce qui est prime, je n'aime pas (...) Se faire du profit sur la santé de l'humain, moi je n'aime pas. »*

D'autres patients paraissaient choqués d'imaginer que jusqu'alors, des médecins faisaient mal leur travail et que, suite l'instauration de cette prime, ils se mettraient à faire de la bonne médecine :

P17 : « *Ça part du principe que les médecins faisaient mal leur travail, ou peut-être trop rapidement, pas assez en suivi et en social, en accompagnement. »*

P32 : « *C'est inquiétant sur la qualité morale du corps médical (...) Si c'est incitatif c'est inquiétant.* »

Un patient se désolait de la nécessité de motiver les médecins à bien soigner les patients, par l'argent :

P19 : « *Domage qu'il y ait besoin de l'appât du gain pour que les médecins fassent bien leur travail.* »

V.3/ Synthèse des résultats

La plupart des 40 patients interrogés ne connaissait pas l'existence même du P4P bien que la moitié était atteinte d'une pathologie chronique correspondant aux indicateurs de performance mesurés en France. Les patients déclaraient ne pas avoir noté de modifications dans leur prise en charge depuis l'introduction du P4P. Certains patients imaginaient des bénéfices possibles dans la qualité des soins, comme l'amélioration du suivi et de la prévention, l'augmentation de la durée de la consultation, la meilleure information fournie par le médecin, la diminution du volume de prescriptions et donc des dépenses de santé. D'autres patients évoquaient des dérives potentielles, comme la sur-prescription d'actes inutiles et l'augmentation des coûts de santé, la sélection des patients, la dépersonnalisation des consultations, et l'oubli de l'intérêt des patients.

Ils percevaient les enjeux de l'évolution des modes de rémunération et étaient globalement ouverts à une rémunération à la performance à condition qu'elle ne soit pas à l'origine d'une dépersonnalisation du soin.

VI/ DISCUSSION

VI.1/ Principaux résultats

Le P4P s'inscrivant dans un contexte de normalisation croissante des pratiques médicales, nous avons tout d'abord interrogé directement les médecins généralistes sur cette notion de norme médicale. Le concept de norme est complexe, il est difficile de lui attribuer un sens commun. Il est possible de s'y référer, de construire un raisonnement pertinent sans pour autant être sûr que tout le monde parle de la même chose. Canguilhem et Foucault ont eux-mêmes abordé la question de la norme par des approches très différentes et même s'ils ont pu se retrouver sur certains points forts, leurs conceptions ne pouvaient se confondre.⁽⁸¹⁾

De fait, chacun se réfère à la norme de manière spécifique. Les experts des agences de santé et les sociétés savantes ont des préoccupations centrées sur l'efficacité biomédicale des soins. L'Assurance Maladie a des impératifs économiques. Les patients souhaitent obtenir des soins efficaces et adaptés (modélisés par les relais d'information modernes). Enfin, l'industrie pharmaceutique fournit aussi des informations normatives.

Petit à petit, les normes se sont intégrées à la pratique médicale. Elles sont facilement repérées sans que leur présence ne soit forcément tout à fait consciente. La formation médicale initiale a été assimilée à une première introduction à leur utilisation. Les médecins n'ont pas formulé de rejet de principe à leur application. Ils ont simplement déclaré ne pouvoir se soumettre à une injonction extérieure sans en évaluer auparavant les conséquences pour la santé de leurs patients. Cette approche unanime a été présentée comme une grille de lecture universelle. Les considérations éthiques se sont élevées en pare-feu (la valeur universelle de la santé, la confiance, l'autonomie, le principe de bienfaisance, la non-malfaisance) et ont structuré les déclarations. Elles ont été prises comme repères de cohérence et justifiaient le positionnement critique. Le patient restait au centre des préoccupations. Les prescriptions institutionnelles (Assurance Maladie, Has, Afssaps) étaient filtrées par des règles qui justifiaient les transgressions. La faible prise de risque, reconnue et implicite, confortait les attitudes.

L'Assurance Maladie a été mise au centre de l'action normative. Ses principales préoccupations étant supposées financières, elle était suspecte. Les médecins prenaient en compte ses propositions mais elles n'étaient pas prioritaires. Les pressions ressenties étaient mal vécues et jugées incompatibles avec la pratique libérale.

Les médecins ont semblé s'accommoder du concept de normes sans exprimer le besoin de le préciser. Ils avaient le sentiment qu'une normalisation stricte de leur pratique était impossible. Les normes devaient être des repères. La prise en compte de l'expertise clinique du médecin et des valeurs du patient était nécessaire. Le concept de l'EBM, sans être cité, a parfaitement été décrit. Les normes juridiques (code de la santé publique ou pénal) n'ont pas été évoquées, alors que la loi du 4 mars 2002 peut apparaître comme très dirigiste en matière de relation médecin patient. La fabrication concrète des normes restait également floue et n'est pas ressortie clairement dans les entretiens.

L'application obligatoire de norme, sans être exclue, n'était qu'une hypothèse et nuirait à la qualité des soins.

Nous avons pu parfois constater une certaine ambivalence dans les propos des médecins. Tout en refusant l'idée de se voir imposer des choix de prise en charge par une pratique normée, ils en ont parfaitement décrit les intérêts. Ils se sont dits préoccupés par les enjeux économiques et le souci de baser leurs raisonnements sur les données actualisées de la science.

Toute entreprise de normalisation nécessite une approche prudente et concertée. Le financement du système de santé, très préoccupant, nécessite une réflexion sur l'efficacité effective des pratiques engagées.

Le paiement à la performance n'a pas échappé à la lecture éthique. Les médecins interrogés ont pu considérer immoral le principe de se voir octroyer une prime pour suivre des pratiques adaptées. Ils considéraient avoir le devoir d'assurer les meilleurs soins indépendamment de leur rémunération. Bien que très ambivalents vis-à-vis de l'encouragement financier à respecter les normes, ils ont mis en avant un certain nombre de dérives potentielles d'ordre éthique telles que la réduction de leur autonomie et celle des patients ou encore la dépersonnalisation du soin.

Cependant, comme dans tout travail de recherche qualitatif, les réponses des médecins interrogés pouvaient être considérées comme des hypothèses, mais n'avaient pas vocation à être généralisées en l'état.

Dans ce contexte, il nous a paru essentiel d'étudier la nature des freins à la signature du CAPI, avant la généralisation du P4P, auprès d'un panel de plus de 1000 médecins généralistes.

Le contexte de notre étude avait ceci de spécifique que l'instauration progressive du P4P, tout d'abord sur la base du volontariat, a permis aux médecins de choisir individuellement

d'adhérer ou non à un programme national de P4P et ainsi de révéler leurs « préférences » au sens économique du terme.

Nos résultats ont permis d'identifier deux profils de médecins : ceux percevant les risques éthiques comme étant globalement faibles et acceptant de signer (31,7%) et ceux percevant ces risques comme étant forts et refusant de signer (68,3%). L'absence d'information des patients concernant l'adhésion de leur médecin au P4P était le principal risque perçu par les non-signataires. Les autres risques éthiques associés à la non-adhésion étaient : la survenue de nouveaux conflits d'intérêts, la perception par les patients d'un manquement à l'éthique professionnelle et la possibilité d'exclusion des patients les plus précaires.

L'analyse des questions à réponses ouvertes a également permis d'affiner ces résultats.

L'ACM effectuée sur la question ouverte n°2 a révélé un groupe de médecins non-signataires remettant en question de manière globale le CAPI. Ils associaient l'idée d'un manquement à l'éthique professionnelle induit par le CAPI à la notion de conflit d'intérêt patient/médecin de façon forte. Les médecins percevaient dans le paiement à la performance un possible appât du gain influençant leurs décisions médicales et donc un manquement à leur éthique professionnelle.

Ils y voyaient également une restriction de leur liberté de pratique, mais aussi l'arrivée d'un tiers symbolique dans la relation médecin/patient. Une des craintes des médecins non-signataires était que, pour avoir de bons résultats, l'intérêt du médecin ne soit plus le meilleur soin adapté au patient, mais le meilleur résultat en terme d'indicateur du CAPI, définissant ainsi un réel conflit d'intérêt. Ainsi, il existait selon eux un risque de modifier la relation patient/médecin se caractérisant par plus de dirigisme de la part du médecin.

Ce dirigisme accru pourrait menacer l'autonomie à laquelle les patients pouvaient prétendre.

A contrario, l'application du P4P aurait pu aller dans le sens des principes de bienfaisance et de justice en encourageant la qualité des soins.

Nous avons étudié l'impact du P4P sur une variable parfois considérée comme un proxy de la qualité : la durée de consultation. Notre principal résultat est que le CAPI n'a pas eu un impact significatif sur la durée de consultation, après ajustement par tous les facteurs de confusion possibles. Les résultats obtenus sur les motifs de consultation spécifiques ont permis de valider indirectement le résultat obtenu.

Enfin, après avoir étudié le point de vue des médecins généralistes français sur la mise en place du P4P et mesuré l'impact que ce dernier avait pu avoir sur la durée moyenne des consultations, nous avons interrogé directement des patients. Bien qu'ils ne soient pas concernés par la prime, c'est bien pour eux que ce dispositif a été mis en place.

Leur avis sur le P4P était très partagé. Une partie considérait effectivement que l'attribution d'une prime pourrait améliorer certaines pratiques, en particulier la prévention, le dépistage et le suivi de maladies chroniques, d'autres étaient fondamentalement hostiles à ce principe qu'ils estimaient aller à l'encontre des valeurs du soin.

Si certains patients avaient entendu parler du paiement à la performance avant notre étude, très peu ont déclaré avoir remarqué une modification de comportement de leur médecin depuis l'entrée en vigueur du dispositif.

VI.2/ Forces et limites

Tout au long de cette thèse, nous avons privilégié une approche pluridisciplinaire, travaillant en étroite collaboration avec des économistes de la santé, des sociologues, des patients et des médecins (spécialisés en éthique médicale, santé publique et médecine générale). De ce fait, nous avons étudié plusieurs aspects de l'impact du paiement à la performance en soins primaires. Cette multiplicité des approches devait nous aider à mieux appréhender des questions relatives à l'éthique médicale qui se situe elle-même à l'intersection de plusieurs disciplines (droit, médecine, sociologie, économie...). Cette approche nous a conduit à utiliser des méthodes mixtes, à la fois qualitatives et quantitatives.

VI.2.1/ Approches qualitatives :

Dans un contexte de normalisation des pratiques médicales et de mise en place de la rémunération sur objectifs de santé publique, ce travail était à notre connaissance le premier à interroger directement des patients et des médecins généralistes sur les concepts de « paiement à la performance » et de « norme médicale ».

Le panel de médecins interrogés était varié. Les profils ont été hétérogènes tant en termes de sexe, d'âge, de lieu d'exercice (rural ou urbain) que de type d'exercice (solitaire ou en groupe).

Nous avons conduit les entretiens jusqu'à l'obtention de la saturation des propos. Le risque d'obtenir des représentations ou ressentis liés à un profil particulier de médecin était ainsi réduit. Pour pallier la subjectivité d'un chercheur unique et pour permettre une focalisation sur les propos tenus sans en altérer le sens nous avons triangulé l'analyse. Les résultats ainsi obtenus ont fait l'objet d'une discussion et d'une synthèse qui a permis de minimiser les biais d'interprétations pour se situer au plus près de la signification réelle des idées exprimées. Cependant, la multiplicité possible des profils de médecins empêchait l'exhaustivité. Les médecins ont été interrogés en veillant à ce que tous puissent s'exprimer largement et en essayant d'éviter les relances incitatives. De ce fait, certains points n'ont pas été abordés spontanément. Lors de la relecture des entretiens, il nous est apparu qu'à certains endroits des relances auraient pu être utiles pour permettre d'approfondir certaines idées ou les rendre plus claires. Nous aurions pu ainsi affiner l'analyse thématique. Par ailleurs, certaines relances faites au cours des entretiens ont pu nous apparaître, a posteriori, inductrices.

Le panel de patients interrogés était large (quarante patients) et varié, en termes de sexe, d'âge, de lieu d'habitation (urbain ou semi-rural), de niveau socio-économique, permettant d'élargir au maximum l'éventail de représentations ou ressentis. Par ailleurs, nous avons fait le choix que ce panel soit pour moitié concerné par les pathologies rémunérées par le P4P et pour moitié, non concerné.

Il s'agissait cependant d'un échantillon particulier, pour plusieurs raisons : l'étude n'a été réalisée que dans la région parisienne, où on peut imaginer que les patients ont un accès relativement aisé aux médecins généralistes et dans une zone géographique où le niveau socio-économique est relativement élevé. Il aurait été intéressant de connaître le point de vue des populations plus précaires ou installées en milieu rural, où l'accès aux soins est plus difficile. Deuxièmement, la sélection des patients par leurs médecins, dont certains jouaient un rôle dans la faculté de médecine, a pu mener au choix d'un certain profil de patients, avec qui les médecins avaient de bonnes relations. Troisièmement, lorsque les deux chercheurs étaient présentés auprès des patients par le médecin, c'était en tant qu'internes en médecine. Ce statut pouvait, alors, engendrer un coefficient de sympathie auprès des patients et, par ce fait, rendre les réponses plus favorables au corps médical.

VI.2.2/ Approches quantitatives

Notre approche mixte a utilisé les résultats de travaux qualitatifs pour construire un questionnaire diffusé à large échelle. Son originalité vient du fait qu'elle porte sur les risques éthiques potentiellement associés au P4P perçus par les médecins généralistes. En sus d'avoir montré que la perception des risques éthiques a constitué un frein à la diffusion du P4P en France, pendant la période où le dispositif était basé sur le volontariat, notre travail était le premier à permettre une hiérarchisation de ces risques éthiques perçus en lien avec le P4P.

De façon tout à fait prévisible, tous les risques éthiques perçus semblaient avoir un effet propre plus important en analyse univariée pour les médecins n'ayant pas adhéré au CAPI. Dans l'analyse multivariée, le modèle de régression logistique montrait que cinq risques éthiques demeuraient significativement associés à la non-adhésion et ce, malgré l'existence d'une forte colinéarité entre ces variables. Ces risques éthiques restaient les mêmes quelle que soit la méthode de sélection des variables (backward, stepwise), ce qui confirmait la cohérence et la robustesse du modèle.

Notre échantillon de plus de 1 000 médecins généralistes était représentatif des généralistes français en termes d'âge (52 vs 53 ans), de sexe ratio (3/1), de taux d'installation en groupe (54% vs 60%) (134) et de taux d'adhésion au P4P.(74) Toutefois, près de deux médecins interrogés sur cinq étaient maîtres de stage (vs 1/10),(135) ce qui pouvait être dû au mode de recrutement par une liste de contacts d'une société savante de médecine générale. Cependant, nous ne pensons pas que ce paramètre puisse biaiser nos résultats, puisque les réponses entre maîtres de stages et non maîtres de stages n'étaient pas significativement différentes.

Le format de notre étude ne permettait pas d'identifier la nature de la relation de cause à effets : nous montrions, par exemple, qu'une bonne connaissance des indicateurs par le médecin tendait à favoriser son adhésion au P4P (la probabilité de ne pas avoir signé le CAPI était significativement plus faible), mais il se peut que cette bonne connaissance des indicateurs résultait justement du fait d'avoir signé et d'avoir déjà eu un retour du financeur sur sa performance et obtenu un bonus plus ou moins élevé par rapport à celui anticipé. Enfin, si la plus grande partie de notre analyse a porté sur les réponses à des questions fermées, ce qui a pu limiter l'expression de certains points de vue, nous avons inclus volontairement trois questions ouvertes pour affiner le contenu des réponses. Les réponses

aux questions ouvertes ayant été très nombreuses et très riches, elles nous ont permis d'effectuer une analyse complémentaire indépendante en utilisant une méthode mixte. D'abord à l'aide d'une analyse qualitative inductive puis en utilisant une ACM sur les thématiques obtenues. Cette association de méthodes, bien que peu décrite dans la littérature, nous a semblé adaptée pour catégoriser au mieux les différents points de vue des médecins.

L'ensemble de ces travaux a porté sur des données déclaratives. Il nous a semblé important de ne pas s'y limiter mais d'étudier également les pratiques réelles des médecins signataires et non-signataires des CAPI.

Pour cela, nous avons souhaité comprendre l'impact des dispositifs de paiement à la performance sur la durée de consultation des médecins généralistes en France et il s'agissait, à notre connaissance, du premier travail s'y intéressant.

Nous avons employé une méthodologie en trois étapes permettant, chacune, d'exploiter la richesse des données de la base Ecogen hiérarchisées selon deux niveaux : les caractéristiques de la séance/des patients et les caractéristiques du médecin. Dans un premier temps, nous avons construit plusieurs modèles tous motifs de consultation confondus, utilisant ainsi près de 20 000 observations. Trois modèles emboîtés ont été estimés, en ajoutant progressivement les variables suivantes : caractéristiques des patients, caractéristiques des médecins et caractéristiques de la patientèle. Puis, nous avons estimé le modèle le plus adéquat sur des motifs de consultation spécifiques, faisant l'objet d'un ou plusieurs indicateurs CAPI : le diabète, l'hypertension et la vaccination anti-grippale.

La principale préoccupation provenait de la suspicion d'effets d'auto-sélection pouvant biaiser les estimations de l'impact du CAPI sur la durée de consultation. Les résultats des tests d'indépendance ont révélé que les signataires du CAPI étaient différents des non-signataires en termes d'activité médicale : les premiers ayant effectué un plus grand nombre de consultations en 2011 comparé aux seconds. En revanche, il n'a pas été possible de conclure sur le sens de la relation entre signature du CAPI et activité médicale, c'est la raison pour laquelle des analyses séparées ont été menées ajustant ou non par l'activité médicale en 2011. Notre principal résultat était que le CAPI n'a pas eu un impact significatif sur la durée de consultation, après ajustement par tous les facteurs de confusion possibles. Les résultats obtenus sur les motifs de consultation spécifiques ont permis de valider indirectement ce résultat.

Ces résultats, remettant en question le lien entre le P4P et la qualité des soins et interrogeant, de ce fait, l'impact positif supposé du P4P sur les principes de justice et de bienfaisance, reposaient sur une hypothèse : celle d'un lien entre la durée de consultation et la qualité des soins. Hors, un débat existe entre les cliniciens et les économistes pour savoir si une durée de consultation plus élevée est liée à une meilleure qualité des soins.(136) En France, le paiement à l'acte n'encourageant pas des consultations longues, il a été supposé que des consultations plus longues reflétaient une meilleure qualité. (102,103,105) Deux revues systématiques de la littérature ont montré que des consultations plus longues étaient associées à de meilleurs résultats pour le patient (137,138) et ont permis une meilleure prise en charge des problèmes psycho-sociaux et des situations difficiles. (102,139,140) Enfin, il est à noter que le « *Consultation Quality Index (CQI)* » qui est un marqueur global de qualité des soins primaires développé au Royaume Uni, comporte trois marqueurs principaux, dont un est la durée de la consultation.(124) Cependant, de très longues consultations n'étant probablement pas liées à une meilleure qualité, nous avons exclu les consultations dont la durée était supérieure à une heure.

Une première limite de cette étude concerne la taille de l'échantillon. L'effectif de 128 médecins, bien que raisonnable, a pu générer des problèmes de puissance dans l'estimation des paramètres au niveau médecin. Cela pouvant expliquer le fait que les variables sexe et âge du médecin n'apparaissaient pas significatives dans les modèles, celles-ci étant mesurées avec moins de précision. Toutefois, la variable CAPI était significative dans les modèles univariés et dans le premier modèle multivarié. Avec un effectif plus grand, nous aurions possiblement obtenu un impact négatif du CAPI davantage significatif.

La deuxième limite tenait au mode de recrutement des médecins qui ont tous des fonctions d'enseignement. Par ailleurs, il y avait davantage de signataires du CAPI (43%) que dans la population générale (38%) et davantage de médecins ayant une pratique regroupée (79% vs 54%). En revanche, il est peu probable que cela ait pu modifier les résultats en substance.

VI.3/ Comparaison de nos résultats aux données de la littérature

VI.3.1/ Point de vue des médecins généralistes sur la norme médicale

Une étude s'y était intéressée en 2006 en France (111) et posait les bases du rapport des médecins aux recommandations : les médecins avaient bien connaissance de leur existence, en revanche, ils disaient avoir des difficultés à les appliquer scrupuleusement car elles répondaient mal à leurs besoins en pratique quotidienne. Mais il ne s'agissait alors pas de repères normatifs opposables source, de surcroît, d'incitation financière.

L'avis des médecins interrogés ici corrobore le constat que l'ensemble des décisions médicales ne peuvent pas être prises uniquement en fonction de résultats d'essais cliniques randomisés en double aveugle et de méta-analyses agrégeant ces études.(141)

Les médecins ont souligné le caractère scientifique de leur profession. Se référer à des connaissances fiables et actualisées serait une obligation à la fois légale et déontologique. Ils ont aussi revendiqué les spécificités de leur exercice. Ils se sont référés à l'approche holistique. La santé était considérée comme un phénomène complexe, influencé par de nombreux facteurs biologiques mais aussi psycho-comportementaux et socio-environnementaux.

Alors qu'à son fondement, les pionniers de l'EBM précisaient clairement que les données de la science devaient être soumises au jugement clinique du médecin et pondérées par les valeurs et préférences du patient pour leur application pratique, (7) plusieurs publications s'inquiètent de l'évolution de l'EBM. D'une part, cette évolution aurait tendance à consacrer la part « scientifique » de l'EBM en diminuant l'espace de liberté du patient et du médecin. D'autre part, dans un contexte de crise économique, l'EBM pourrait se voir attribué des prérogatives médico-économiques.(142) Bien que cette évolution puisse parfaitement se comprendre dans un cadre administratif de rationalisation des dépenses de santé, elle pourrait être source de confusion auprès des professionnels de santé. Pour les plus pessimistes, l'EBM serait même devenue une « *influyente doctrine politique visant parfois à éviter toute forme de débat avec sarcasme* ». (143) Les auteurs les plus critiques vis-à-vis de l'EBM ne le sont pas sur sa définition théorique. Qui pourrait critiquer le fait que les meilleurs soins possibles, au regard des données de la science, soient apportés aux patients? Les critiques portent sur

l'application pratique de l'EBM qui vise à synthétiser les procédures à suivre en fonction des situations cliniques, ces procédures ne pouvant pas être adaptées à chaque situation car il est impossible de subdiviser ces situations à l'infini. Par ailleurs, le niveau de preuve scientifique sur lequel reposent ces arbres décisionnels est extrêmement variable, allant du « *gold standard* », représenté par l'essai clinique randomisé ou par les méta-analyses de ces essais, au simple avis d'expert. Ainsi, les recommandations de bonne pratique qui constituent la concrétisation pragmatique de l'EBM consacrent des procédures de prise en charge qui ne peuvent avoir vocation à s'appliquer à chaque patient, dans toute sa singularité. L'incitation financière à respecter de telles recommandations peut être considérée comme un pas supplémentaire dans la dynamique de l'application stricte de l'EBM.

VI.3.2/ Point de vue des médecins généralistes sur la mise en place du P4P

Au Royaume Uni, deux études qualitatives menées à cinq ans d'intervalle ont interrogé des médecins généralistes pour mieux appréhender les effets du QOF sur leur pratique quotidienne. (144,145) Il en ressort que le P4P est désormais globalement accepté comme inhérent au système anglais. Le fait que les indicateurs reposent sur des données de la science validées a été considéré comme la clef du succès de son implémentation. L'amélioration des outils informatiques accompagnant le QOF ainsi que l'affinement des indicateurs ont également été appréciés. Cependant, plusieurs médecins ont déclaré constater une baisse de l'autonomie à laquelle les patients pouvaient prétendre ainsi qu'une baisse de leur propre autonomie qui pourrait menacer leur professionnalisme. Ce point sera développé dans un paragraphe suivant.

En France, suite à la mise en place de la ROSP, cinq thèses de médecine se sont intéressées au point de vue des médecins.

Deux thèses menées en Languedoc Roussillon ont particulièrement souligné les réticences des médecins généralistes vis-à-vis de la ROSP. Dans la première, les médecins généralistes interrogés, bien que favorables à une évolution des modes de rémunération, ont mis en exergue des effets potentiellement néfastes du P4P ainsi que l'incapacité des indicateurs à saisir le cœur du métier de médecin généraliste.(146) Dans la seconde, l'auteur identifiait les principales réticences des médecins à adhérer au P4P comme étant la peur de perdre leur indépendance, l'instrumentalisation de l'exercice médical dans un but économique et non

déontologique, le tout dans un cadre de rapports vécus comme conflictuels avec l'Assurance Maladie. (147)

Ces travaux ont mené à une troisième thèse de médecine qui s'est focalisée sur les médecins ayant volontairement refusé d'adhérer à la ROSP qui représentent à peine 3% des médecins généralistes.(148) Pour mémoire, un tel refus devait nécessiter une démarche active du médecin avec l'envoi d'un courrier recommandé à sa caisse d'Assurance Maladie. Les médecins interrogés, ayant tous refusé la ROSP, récusaient, en premier lieu, les effets attendus du dispositif et estimaient que les objectifs annoncés ne seraient pas atteints. Ils mettaient également en avant les effets pervers qui allaient, selon eux, survenir. Certains médecins interrogés parlaient de la ROSP comme d'un « *leurre protéiforme, mettant à jour les intérêts cachés de type industriel de l'Assurance Maladie* » et dénonçaient l'illusion faite par la publicité des objectifs poursuivis, dévoilant leur pensée selon laquelle ce dispositif pouvait servir des buts totalement différents de ceux pour lesquels il était promu. En ce sens, ils se méfiaient et critiquaient ouvertement le « *contrôle, voire le pouvoir que souhaite exercer la Sécurité Sociale sur le travail médical et les fonctions qu'elle s'arroge* ».

Dans le travail de master préparatoire à cette thèse, nous avons aussi relevé un réel clivage entre les médecins signataires et non-signataires dans leurs rapports à l'Assurance Maladie, les premiers disant pouvoir s'en accommoder, acceptant comme un fait assez naturel que celle-ci puisse avoir des objectifs spécifiques, notamment en matière de contrôle du coût des soins et estimant être en position de répondre de façon pragmatique à ses initiatives.

Le groupe des non-adhérents affichait un sentiment d'hostilité quasi irréductible à l'égard de l'Assurance Maladie expliquant leur opposition à toute initiative de cette dernière d'où leur décision de ne pas participer au CAPI.

Cependant, le travail sur les raisons de la non-adhésion au CAPI réalisé lors de cette thèse vient nuancer ces conclusions car, s'il existe bien un lien entre relation au financeur et adhésion au CAPI en analyse univariée, celui-ci n'apparaît plus significatif lors de l'analyse multi-variée. Ainsi, il s'avère que la relation des médecins avec leur financeur ne semble pas expliquer le refus d'adhésion au P4P, après contrôle par la perception des risques éthiques.

Une autre thèse menée, cette fois, en Picardie, visait à analyser les facteurs socio-démographiques des médecins généralistes afin de rechercher une influence sur leur adhésion au P4P. (149) 68% des médecins interrogés n'étaient pas favorables au principe du P4P. Plusieurs facteurs socio-démographiques ont été identifiés comme pouvant influencer

l'adhésion à ce mode de rémunération: l'âge, l'appartenance à un syndicat, l'informatisation, l'exercice en maison de santé pluridisciplinaire.

Ce travail a été le premier à mettre en lumière le lien entre l'adhésion au P4P et des critères encore peu étudiés dans ce champ comme l'appartenance à un syndicat ou l'informatisation. Concernant le lien avec l'exercice en maison de santé pluridisciplinaire, nous n'avons pas trouvé d'autres travaux s'y intéressant. Nous n'avons, pour notre part, à l'instar des données publiées par l'Assurance Maladie, pas mis en évidence de lien entre l'installation en groupe et l'adhésion au CAPI. Toutefois, ce n'est pas incompatible avec les résultats de la thèse picarde, les maisons de santé pluridisciplinaires représentant un sous-échantillon des médecins travaillant en groupe.

Enfin concernant l'âge, alors que les données s'opposent ici frontalement avec celles de l'Assurance Maladie, nos résultats suggèrent une explication: l'âge est significativement associé à la non-adhésion au P4P mais son effet non linéaire est tel que les jeunes médecins semblent plus réfractaires à s'engager dans le P4P, à l'instar des plus âgés.

Une autre thèse, menée en Ile de France, s'est justement intéressée spécifiquement au point de vue des jeunes médecins, pas encore docteurs : les internes. (150)

Les internes de médecine générale (IMG) étaient partagés dans leurs avis concernant le P4P et se répartissent de façon équilibrée entre favorables, défavorables et n'ayant pas d'avis sur l'introduction de la ROSP. Le niveau de connaissance des IMG concernant la ROSP était globalement faible avec 60,2 % d'entre eux qui déclaraient un niveau de connaissance faible ou nul et 47 % qui ne savaient pas que le P4P avait été introduit en France. En plus des problématiques d'ordre éthique que nous développerons dans un autre paragraphe, les internes percevaient, pour 75% d'entre eux, le P4P comme un outil introduit par la CNAM dans le but d'un contrôle de plus en plus étroit des médecins. Cependant, pour un peu plus de la moitié, la ROSP permettait une valorisation de la médecine préventive.

Au-delà des thèses de médecine, une enquête a été menée par la DREES en 2012(151) quelques mois après la généralisation du P4P en France.

Il est à noter que cette étude menée avant que les premières primes ne soient versées, les médecins de l'enquête sous-estimaient nettement le montant de cette rémunération. Les médecins interrogés considéraient, dans leur grande majorité, que les objectifs avaient été définis pour permettre à l'Assurance Maladie de réaliser des économies mais plus d'un praticien sur deux considérait également que ce dispositif pouvait améliorer la prise en charge

des patients. Deux tiers d'entre eux pensaient que la ROSP n'allait pas changer leurs pratiques, la majorité étant confiante quant à leur capacité à atteindre les objectifs fixés.

Deux ans après le rapport de la DREES, la CNAM a publié un communiqué de presse qui affirmait que « *les perceptions des médecins sur la convention et plus précisément sur la relation contractuelle individualisée qui la sous-tend, évoluent positivement* ».(74)

Alors que dans le rapport de la DREES les médecins traitants s'étaient partagés quant à l'intérêt de ce contrat : seulement 38 % le considéraient alors comme une « bonne chose » pour leurs patients et leur pratique médicale (versus 55% l'estimant comme une « mauvaise chose »).

Deux ans après la mise en place de la ROSP, la CNAM a constaté une amélioration de l'opinion des professionnels de santé sur le sujet : fin 2013, dans un sondage BVA effectué pour la CNAM, une fois les rémunérations versées,(152) près de deux médecins généralistes sur trois estimaient ainsi que la convention était une « bonne chose » pour la qualité de la prise en charge des patients, la pérennité du système de santé et l'efficacité des politiques publiques en France. L'adhésion s'avérait encore plus forte chez les médecins qui avaient initialement opté pour le CAPI.

Par ailleurs, l'enquête menée par l'institut BVA montrait qu'une majorité de médecins généralistes reconnaissait désormais à la convention médicale un fort effet incitatif sur ses comportements.

Plus de 80% des médecins généralistes interrogés ont déclaré avoir fait évoluer leurs pratiques ou prévoyaient de le faire. Par rapport à 2011, c'est le volet de l'optimisation des prescriptions qui enregistrait la plus forte progression d'opinions favorables, cette partie des indicateurs correspondant à une incitation à l'efficience dans la prescription, principalement en encourageant la prescription de médicaments dans le répertoire des génériques. Les indicateurs correspondant au suivi des pathologies chroniques et à la prévention enregistraient également une progression, bien que moindre.

Les panels de patients et de médecins que nous avons interrogés se sont globalement accordés sur la capacité du P4P à faire évoluer les habitudes, sans être pour autant aussi enthousiastes que le panel de médecins interrogés par la CNAM quant à l'amélioration de la qualité qui allait résulter du P4P. Mais cette amélioration potentielle de la qualité était contrebalancée par des craintes d'ordre éthique telles que la dépersonnalisation des soins.

VI.3.3/ Les tensions éthiques inhérentes au P4P, identifiées par les médecins généralistes.

Alors que les premières études descriptives menées en France n'avaient pas permis d'identifier de différences significatives entre médecins signataires et non-signataires (âge, genre, lieu d'installation, durée d'installation, etc.) (45), il s'avère que la prise en compte de risques éthiques comme un frein à la diffusion du dispositif révèle des profils différents de médecins.

Au niveau international, plusieurs publications se sont intéressées aux tensions éthiques liées au P4P mais il s'agissait, le plus souvent, d'expression d'opinions. (153–155)

Aucune étude n'a, à notre connaissance, interrogé plus de 1 000 médecins sur leurs perceptions de l'ensemble des risques éthiques associés, selon eux, au P4P. De même, aucun travail n'avait jusque-là hiérarchisé l'importance relative accordée par les médecins généralistes à chacun de ces risques.

Par contre, plusieurs travaux, principalement anglo-saxons, ont étudié l'impact du P4P sur la survenue d'une dérive spécifique d'ordre éthique. Nous nous proposons donc de comparer les risques éthiques identifiés par les médecins français et significativement associés à la non signature d'un CAPI avec les travaux retrouvés dans la littérature qui concernaient spécifiquement et individuellement ces points.

VI.3.3.1/ Le risque de sélection des patients

Un des objectifs affichés du P4P est de réduire les inégalités de santé en particulier en homogénéisant les pratiques médicales. Mais l'hétérogénéité des pratiques médicales, si elle peut en partie s'expliquer par des facteurs individuels liés au médecin, ne s'y résume pas. Elle dépend également des caractéristiques de la patientèle et du contexte socio-économique. (156) Plusieurs travaux ont alerté les autorités sanitaires devant le risque de réduction de l'accès aux soins, pour certaines minorités, qui pourrait être engendré par le P4P. (122,157)

Il a par ailleurs été démontré en France qu'un des indicateurs du CAPI (pourcentage des patients diabétiques ayant eu 3 ou 4 hémoglobines glyquées dans l'année) était significativement moins bon ($OR=0.803$ [0.667-0.952]) chez les patients bénéficiant de la Couverture Maladie Universelle (CMU) que celui observé dans la population générale, toutes choses étant égales par ailleurs.(158)

Les médecins soignant un plus grand nombre de patients bénéficiant de la CMU ont ainsi obtenu de moins bons résultats sur cet indicateur.

Il avait, par ailleurs, déjà été rapporté que les patients ayant un statut socioéconomique plus élevé bénéficiaient de surveillances biologiques plus fréquentes (159) ce qui, dans le cadre de la ROSP, aurait tendance à améliorer les indicateurs de leurs médecins.

Les résultats d'indicateurs de performance pourraient ainsi être influencés par des paramètres indépendants de l'activité médicale tels que le niveau socio-économique des patients.

Deux risques découlent de ce constat :

- une inégalité de rétribution financière en fonction du lieu d'exercice des médecins. Les médecins installés dans les zones les plus aisées auraient ainsi des taux d'indicateurs supérieurs à ceux installés dans des zones plus défavorisées.

- une éventuelle tentation pour certains médecins de « sélectionner » leurs patients.

Bien qu'ayant prêté le serment d'Hippocrate « je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera », un manque à gagner financier venant se surajouter à une prise en charge parfois plus longue et plus difficile pourrait démotiver certains médecins dans la prise en charge des patients les plus précaires.

Cependant, une étude récente et de grande envergure au Royaume-Uni vient contrebalancer ces craintes. En effet, la mise en place du QOF n'a pas majoré les inégalités de santé, au contraire il semble que ce système ait permis une amélioration sur ce point.(120)

L'extrapolation de ces résultats au contexte français doit être faite avec prudence car, au Royaume-Uni, il existe la possibilité d'exclure des patients de la base de calcul sans les exclure de sa patientèle. Ainsi, certains patients jugés potentiellement peu observants peuvent continuer à être soignés sans qu'ils soient inclus dans la base de calcul des indicateurs et, ainsi, sans qu'ils viennent affecter la rémunération du médecin.

Un travail mené conjointement en Angleterre et aux Etats Unis (43) avait recherché d'éventuelles conséquences inattendues du paiement à la performance en réalisant 40 entretiens individuels (20 en Angleterre et 20 en Californie).

Si, grâce à l' « *exception reporting* » les médecins anglais n'avaient jamais envisagé exclure de patients, le P4P a pu engendrer un certain ressentiment des médecins californiens envers les patients peu observants. Dans certaines situations quelques médecins ont menacé ces patients de les exclure de leur patientèle. Ils ont même parfois mis à exécution ces menaces.

Les médecins généralistes californiens exerçaient dans un système où, comme en France, il est impossible d'exclure le moindre patient des calculs, même pour des raisons justifiées (patients en fin de vie, conditions socio-économiques particulièrement précaires...) Certains médecins californiens ont avoué mentir à leurs patients concernant les conséquences financières du paiement à la performance. Ce mensonge avait, la plupart du temps, pour objet de majorer le manque à gagner pour le médecin si le patient refusait de faire l'examen prescrit.

VI.3.3.2/ Un risque de survenue de nouveaux conflits d'intérêts

Si la perception d'un risque d'exclusion des patients les plus précaires a constitué une des variables significativement associée (OR=2,66 ;IC 95%=1,53-4,63) à l'absence de signature d'un CAPI chez médecins généralistes français interrogés au cours de notre étude, le risque de survenue de nouveaux conflits d'intérêts a paru encore plus clivant (OR=4,50 ;IC 95%=2,42-8,35).

Le conflit d'intérêt étant usuellement défini comme « *une situation d'interférence entre une mission de service public et l'intérêt privé d'une personne qui concourt à l'exercice de cette mission, lorsque cet intérêt, par sa nature et son intensité, peut raisonnablement être regardé comme étant de nature à influencer ou paraître influencer l'exercice indépendant, impartial et objectif de ses fonctions* »(160).

En conséquence, si on considère que la mission de soins du médecin peut s'apparenter à une mission de santé publique, il peut paraître, à première vue, contradictoire de voir un conflit d'intérêt entre cette mission de santé publique et l'incitation au respect d'objectifs qui sont eux-mêmes expressément nommés « de santé publique » dans la ROSP. Ainsi, il ne serait ici, en aucun cas, question de conflit d'intérêt mais, au contraire, de « synergie d'intérêts ».

Si tant est que les indicateurs choisis soient bien en accord avec les données actuelles de la science, cette synergie d'intérêts devrait avoir lieu à l'échelle populationnelle. Les médecins n'ont pas semblé remettre ce point en cause, par contre ils ont exprimé des craintes à l'échelle individuelle. Dans certaines situations particulières, les meilleurs soins possibles, selon les médecins interrogés, n'étant pas toujours ceux prônés par les indicateurs de la ROSP.

Un travail publié alors que se mettait en place le P4P dans les pays anglo-saxons avait déjà pointé du doigt cette dérive potentielle et s'inquiétait du fait que, dans le but d'obtenir les

meilleurs indicateurs possibles, l'information délivrée aux patients risquait d'être orientée.
(155)

Par ailleurs, le fait de rémunérer les médecins pour qu'ils atteignent des objectifs de santé publique peut, de façon paradoxale, décrédibiliser leur parole.

L'histoire récente du paiement à la performance a déjà entraîné une telle situation.

Les croyances de chaque pays étant différentes, au Royaume-Uni, l'une d'entre elles voudrait qu'il existe un lien entre la vaccination Rougeole, Oreillons, Rubéole (ROR) et l'autisme. Ce lien n'est pas scientifiquement démontré, mais une grande part de la population britannique en est convaincue. Les médecins du Royaume-Uni, dans le cadre du QOF, ont bénéficié d'une rémunération supplémentaire en fonction de leur taux de couverture vaccinale pour le ROR. Cette rémunération a été à l'origine d'une cassure dans la confiance accordée aux médecins, certains patients et associations de patients étant persuadés qu'une partie de la vérité leur était cachée dans l'optique de vacciner plus et, ainsi, de gagner plus d'argent. Cette crise de confiance a été si importante qu'il a été demandé par les praticiens du Royaume-Uni eux-mêmes, que les objectifs de taux de vaccination par le ROR des enfants soient retirés.(154)

Par ailleurs, un travail a été mené aux Etats-Unis par questionnaire téléphonique auprès de 1 549 médecins dont 550 généralistes.(161) Parmi eux, 50,6% ont déclaré que le paiement à la performance avait eu un impact négatif sur la confiance qui leur était accordée par les patients et 80,8% que les modifications du système de santé, depuis 10 ans (de 1990 à 2000), avaient « *diminué leur engagement éthique vis-à-vis d'une prise en charge individuelle loyale de leurs patients.* »

Il semble, là aussi, que la tension éthique naisse du conflit entre l'intérêt individuel du patient et les préconisations faites pour le plus grand nombre au travers d'indicateurs de qualité des soins.

Il est à noter que le code de déontologie médical (162) ne consacre d'ailleurs pas d'article spécifique à la problématique des conflits d'intérêts mais évoque le fait que « *le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit.* » (article 5) ou encore que « *le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance.* » (article 8)

Il est possible que pour les médecins signataires du CAPI, ces articles ne soient pas mis en défaut, estimant que les intérêts de la Sécurité Sociale et ceux des patients avaient vocation à se rejoindre dans un objectif de santé publique. Concernant les médecins non-signataires, il

est difficile de savoir si ce sont réellement les objectifs fixés par les indicateurs qui sont inacceptables ou plutôt l'idée que ces objectifs soient fixés unilatéralement par la CPAM. Bien que clivante entre les deux groupes, la notion de conflits d'intérêts ne constituait pas la variable la plus fortement associée au fait de ne pas signer un contrat de P4P car c'était sur la nécessité d'informer les patients de l'existence d'un tel contrat que les médecins signataires et non-signataires différaient le plus.

VI.3.3.3/ L'information des patients

L'absence d'information des patients concernant l'adhésion de leur médecin au CAPI était le principal risque éthique perçu par les non-signataires.

Sur ce point, le contexte anglais et français diffèrent fondamentalement. D'une part, la quasi-totalité des médecins anglais ont adhéré au QOF et, de ce fait, il n'y a pas de remise en question du principe d'équité pour les patients sur ce point. Par ailleurs, il est possible pour tout un chacun de consulter très simplement sur internet les résultats des indicateurs du QOF de l'ensemble des cabinets de médecine générale. En France, ces résultats sont accessibles aux médecins mais pas aux patients. De plus, à aucun moment, il n'a été demandé le consentement des patients, ils n'ont même pas été informés, pour la plupart, de l'existence des CAPI. Alors que la loi du 4 mars 2002 place le patient au centre des décisions de santé le concernant en promulguant les principes de consentement et d'autonomie, le P4P pourrait sembler, à première vue, aller à l'encontre de ces principes.

Le travail préliminaire d'entretiens approfondis avec des groupes de médecins signataires et non-signataires du CAPI avait permis de mieux appréhender le clivage des deux groupes sur ce point.(116) Si le groupe des signataires a partagé ce constat d'absence d'information des patients vis-à-vis de du contrat, aucun ne s'en est indigné. Les médecins semblant considérer qu'il ne s'agissait pas ici d'un manquement à l'information à laquelle le patient peut prétendre dans le cadre du soin.

D'un point de vue légal, cela ne peut effectivement pas leur être reproché.

Le consentement libre et éclairé n'est impératif que dans le cadre de la recherche (loi Huriet Sérusclat 1988) ce qui n'entre clairement pas dans le champ des CAPI.

Il doit également être recherché dans le cadre du soin après une information claire, loyale et appropriée. Or, le fait d'avoir signé un contrat avec la CPAM ne rend pas impossible l'information du patient dans le cadre du soin.

A ce titre les médecins signataires n'ont pas eu le sentiment d'aller à l'encontre des principes d'autonomie et de consentement en signant les CAPI.

Le fait que les patients ne soient pas au courant de ce contrat a été, pour les signataires, un état de fait qui, en aucune manière, ne constituait selon eux un obstacle à ce que les malades disposent d'une information claire, loyale et appropriée en ce qui concerne leur prise en charge médicale.

Cependant, dans la dynamique actuelle d'information du patient, il aurait pu être envisagé de les tenir informés de la signature d'un tel contrat.

Les modalités de cette information auraient pu, par exemple, être celles d'un affichage dans la salle d'attente.

Les médecins étaient, d'ailleurs, d'ores et déjà tenus d'y afficher certaines informations dont :

- les tarifs des principaux actes qu'ils effectuent (arrêté du 11 juillet 1996)
- leur situation au regard de la convention (arrêté du 11 juillet 1996)
- l'avertissement des patients lors de l'utilisation de fichiers informatiques (loi Informatique et libertés du 6 janvier 1978)
- l'éventuelle utilisation de données nominatives les concernant dans le cadre d'études épidémiologiques (loi n° 94-548 du 1er juillet 1994)

La quasi généralisation du paiement à la performance en France, au travers de la ROSP, n'a pas modifié les modalités d'information des patients vis à vis du P4P et il n'est toujours pas possible pour eux d'avoir accès aux résultats des indicateurs de leur médecin.

Enfin, le dernier risque identifié par les médecins et associé à la non-signature d'un CAPI était une crainte que la signature de ce contrat soit perçue par les patients comme un manquement à l'éthique professionnelle.

VI.3.3.4/ La diminution de l'autonomie

Le fait de percevoir un risque de diminution de l'autonomie n'était pas associé en analyse multivariée à la non-signature du CAPI.

Ce risque ressort pourtant dans la littérature anglo-saxonne dans l'ensemble des études qualitatives ayant interrogé les médecins quant aux effets indésirables du QOF.(144,145,163)

Il fait également l'objet de craintes exprimées au travers d'éditoriaux(153) ou d'articles invités faisant état de points de vue personnels.(155)

Cependant, s'il n'est pas aisé de mesurer l'impact de cette perte d'autonomie sur la qualité des soins, l'une des conséquences pourrait être, comme évoqué par l'ancien président de la HAS, Laurent Degos, d'entraîner une baisse de la motivation des professionnels et, de ce fait, une baisse de leurs performances :

« Au lieu d'accroître la motivation du médecin dans sa pratique en faveur de la relation avec le malade, de la compréhension de sa situation familiale et sociale, de la recherche du parcours optimal de soins, de la mise en forme des collaborations avec d'autres disciplines ou professions, le P4P focalise l'attention sur des critères de procédures liés à des points précis de prévention, de dépistage, de diagnostic, ou même d'économies, abaissant la «performance» des tâches complexes » (88)

VI.3.3.5/ Une incitation à appliquer les normes médicales peut-elle interférer avec les motivations du médecin ?

La littérature grandissante, en économie, sur les motivations s'appuie notamment sur la distinction entre motivation intrinsèque (MI) et motivation extrinsèque (ME) issue de la psychologie sociale.(164) Dans cette optique, une action est intrinsèquement motivée si elle est entreprise pour la satisfaction inhérente à son accomplissement. Elle est son propre but. La MI étant traditionnellement considérée comme un attribut clef de la performance professionnelle. (165)

À l'inverse dans la ME, la tâche est réalisée dans un but extérieur, par exemple pour obtenir une récompense. Dans ce cadre théorique, le P4P est un exemple typique de ME car la tâche

est rendue attrayante par l'intéressement financier. La récompense est valorisée au-delà de l'objectif lui-même.

Les MI et ME ont fait l'objet d'une abondante littérature issue du champ de la psychologie sociale, du management ou de l'économie. (166–168)

L'économiste Jean Tirole a étudié ce point et constaté qu'un effet d'éviction (ou de substitution de la MI par la ME) pouvait être conséquentiel de ce qu'il nomme l'« *effet de confiance* », provenant du fait que l'agent s'interroge : « Est-ce que le payeur (l'institution par exemple) a confiance en moi ? », « Est-ce qu'il pense que je vais essayer de moi-même ? », et peut supputer : « S'il me donne une récompense, cela veut dire qu'il croit que je ne vais pas essayer de moi-même ; par conséquent, je vais en inférer des mauvaises nouvelles sur moi-même ou des mauvaises nouvelles sur la tâche. » Ce qui réduit les motivations intrinsèques.(169)

Il s'agit dès lors, dans le cadre du P4P et pour en comprendre son effet, de déterminer sous quelles conditions les motivations peuvent s'avérer agonistes et complémentaires (*crowding in*) ou antagonistes et substituables (*crowding out*). Il y a *crowding out effect* (COE) lorsque l'introduction d'une ME, alors que l'action visée par l'incitation était auparavant intrinsèquement motivée, diminue les MI.

Da Silva a publié en 2013 une synthèse de la littérature sur ce point. (170) Il conclut qu'en réduisant l'autonomie du professionnel, l'intéressement aurait pour effet de réduire sa MI. Ce premier point n'est pas original tant il confirme les conclusions de la sociologie des professions.(171) En plus de savoirs complexes dans un contexte d'incertitude, c'est le principe d'autonomie qui interdit au professionnel d'appliquer des règles normalisées. Dès lors, les mécanismes de P4P, par l'existence et le rôle central d'objectifs prédéfinis, semblent entrer en contradiction avec l'autonomie professionnelle. Le P4P jette, dans ce sens, un flou sur la nature de l'activité médicale qui peut conduire à une situation de *crowding out effect*.

Ces résultats semblent corroborés par l'étude de Sicsic et al (172) qui, après avoir construit des scores composites de MI et ME, se sont intéressés à leurs interactions. Il apparaissait, là aussi, que ces motivations pouvaient être substituables, les auteurs apportant alors un message de prudence quant au développement du P4P dans ce contexte.

Plusieurs travaux, menés sur la base d'entretiens avec des médecins, ont également essayé d'évaluer l'impact du P4P sur les MI des médecins. Si au Royaume-Uni, il n'a pas été mis en

évidence de diminution des MI auprès des médecins interrogés quelques années après l'introduction du QOF, (173) en France il semblait exister sur ce point en 2011 un clivage entre les médecins signataires et les médecins non-signataires du CAPI. (115) Pour les médecins adhérents, la récompense financière d'un faible montant traduisait «symboliquement» la reconnaissance de leur savoir-faire et les deux motivations opéraient en se renforçant. Le niveau, jugé faible, de la rémunération était interprété par les médecins comme ne remettant en cause ni leur autonomie, ni le paiement à l'acte qui constituaient des repères fondamentaux pour leur exercice. Mais, dès lors que le niveau de la récompense financière augmenterait, celle-ci étant alors interprétée comme traduisant d'autres objectifs de l'Assurance Maladie jugés par eux menaçants (par exemple diminuer l'importance relative du paiement à l'acte), ils remettraient en cause leur participation. Dans ce cas, la motivation externe devenait antagoniste et excluante. Les médecins non-adhérents, ont, quant à eux, estimé que les objectifs poursuivis par la sécurité sociale au travers des CAPI et ceux des médecins étaient fondamentalement en opposition. Par ailleurs, le fait qu'il faille les payer pour qu'ils aient une pratique de qualité a été interprété comme traduisant les doutes de l'Assurance Maladie sur la capacité de leur seule motivation professionnelle (intrinsèque) à générer de bonnes pratiques et a renforcé leur attitude de retrait. Le faible niveau de la rémunération du CAPI a de même été interprété par les non-adhérents de façon négative, la faiblesse du bonus traduisant leur faible place sur l'échelle sociale et justifiant encore plus leur non-participation. Au total, c'est l'ensemble de leurs motivations internes qui est en quelque sorte nié par l'incitatif financier. Dans ce cas de figure, les médecins non-signataires ont clairement signifié le *crowding out effect* lié au P4P. Si une partie de cet effet semble pouvoir s'expliquer par le contexte particulier de mise en place du P4P en France, une autre pourrait être liée à la remise en cause de valeurs éthiques et professionnelles induite par le P4P.

VI.3.4/ Point de vue des patients sur le P4P

L'avis des patients dans notre étude était très partagé. Une partie considérait effectivement que l'attribution d'une prime pourrait améliorer certaines pratiques, en particulier la prévention, le dépistage et le suivi de maladies chroniques, d'autres étaient fondamentalement hostiles à ce principe qu'ils estimaient aller à l'encontre des valeurs du soin. Très peu déclaraient avoir remarqué une modification de comportement de leur médecin depuis l'entrée en vigueur du dispositif.

La CNAM a, elle aussi, interrogé directement des patients au moyen de 3 sondages en population générale effectués par la société BVA en 2008, 2011 et 2013. (152,174,175)

En 2008, à la veille de la mise en place du CAPI, une courte majorité de Français (55%) se déclarait favorable à la mise en place d'une rémunération complémentaire pour les médecins, dont 18%, « très favorables ».

Cinq ans plus tard, l'opinion des Français semble avoir évolué.

En 2013, sept français sur dix considéraient que le principe d'une rémunération

« *supplémentaire pour favoriser les meilleures pratiques* » était une bonne chose dont deux sur dix considéraient qu'il s'agissait d'une très bonne chose. La part des personnes hostiles au dispositif diminuait en proportion: moins d'un français sur dix (9%) estimait qu'il s'agissait là d'une « très mauvaise chose »

L'évolution de la perception du P4P en population générale apparaît encourageante pour la CNAM. Une réserve doit toutefois être émise sur ces résultats, elle tient en la formulation de la question :

« *Selon vous le fait que l'Assurance Maladie donne une rémunération supplémentaire aux médecins pour les inciter à adopter les meilleures pratiques dans le domaine de la prévention, du suivi des maladies chroniques et des prescriptions des médicaments est-ce ...* »

« *Une très bonne chose, plutôt une bonne chose, plutôt une mauvaise chose, une très mauvaise chose* »

Il semble que cette formulation permette difficilement aux patients d'appréhender tous les tenants et aboutissants du P4P. Il paraît, par exemple, probable que les résultats auraient été tout autres si « *les meilleures pratiques dans le domaine...des prescriptions* » avait été remplacé par « *un encouragement financier à prescrire dans le champ des génériques* ».

Cette réserve était d'autant plus importante que, à l'instar de nos résultats, l'enquête BVA montrait la faible connaissance, par la population, du dispositif de P4P : seulement un français sur cinq en connaissait l'existence.

Au niveau international, peu d'autres travaux se sont intéressés jusque-là au point de vue des patients sur le P4P.

Une première étude anglaise avait interrogé deux échantillons de patients : le premier groupe était constitué de patients atteints de maladies chroniques et le second de patients pris au hasard parmi la patientèle de plusieurs médecins généralistes. Leur avis a été étudié grâce à un

questionnaire, adressé à plusieurs médecins généralistes et envoyé par mail aux patients, à trois reprises : en 2003, 2005 et 2007. (176)

Les résultats montraient que les patients des deux groupes n'avaient pas constaté de différence dans la communication de leur médecin après la mise en place du QOF. Leur satisfaction d'ensemble restait inchangée. Ils n'ont pas, non plus, noté de changement dans la qualité des soins infirmiers, ni dans la coordination des soins en ville, ni dans l'accessibilité aux soins. En revanche, une moins bonne continuité des soins a été relatée.

Une autre étude anglaise a été menée en 2012 pour étudier l'avis de patients sur ce paiement à la performance. (177) Cette étude a fait appel à une méthode qualitative. Ainsi, 52 patients randomisés parmi la patientèle de 15 médecins généralistes ont été interrogés. Ils avaient tous une maladie chronique concernée par les indicateurs du QOF. Les entretiens ont été menés entre janvier et avril 2011 au domicile de chacun des patients.

Les résultats de cette étude ont montré qu'une majorité de patients après avoir été informé de façon standardisé sur le QOF a trouvé que ce système n'était pas adapté. Les patients ont pour la plupart pensé qu'il faudrait rémunérer les médecins pour des tâches plus complexes que celles pour lesquelles ils le sont actuellement (comme prendre la tension artérielle). Plusieurs patients se sont inquiétés de la possibilité pour le médecin de se concentrer uniquement sur les pathologies concernées par le QOF, au détriment de toutes les autres pathologies.

En pratique, les patients anglais, à l'instar des patients français, n'ont globalement pas remarqué de bouleversement majeur dans l'attitude de leur médecin généraliste depuis l'introduction du P4P.

Quelques patients anglais ont toutefois remarqué des modifications, en particulier concernant l'utilisation des ordinateurs, le P4P obligeant les médecins à y consacrer plus de temps, engendrant une diminution de l'écoute du patient, mais dans le but d'un meilleur suivi. Il a également été noté par certains que leur médecin généraliste avait prêté plus d'attention à la prévention, sans rapport avec le motif principal de consultation, et ils ont vu cela comme une bonne pratique.

Enfin, à la différence des patients français interrogés, certains patients anglais pensaient qu'il faudrait pénaliser les médecins qui ne feraient pas bien leur métier.

VI.4/ Perspectives

Nos résultats apportent un message de prudence quant au développement du paiement à la performance en France et à sa capacité à générer des soins de meilleure qualité.

Si la notion de norme médicale est globalement admise par les médecins interrogés, ils la considèrent comme un repère indicatif et non comme un impératif auquel ils devraient se conformer. Une normalisation stricte des pratiques ne leur semblait pas compatible avec leur profession étant donné le caractère singulier et complexe de chaque situation et de la nécessaire prise en charge globale de leurs patients. Ils ont opposé des arguments éthiques à toute normalisation insistante. Dans le cadre de « l'expérience naturelle » proposée par le CAPI, nous avons pu hiérarchiser ces arguments et identifier ceux qui étaient le plus fortement associés à la non-adhésion au P4P. L'absence d'information des patients concernant l'adhésion de leur médecin au P4P était le principal risque perçu par les non-signataires. Les autres risques éthiques associés à la non-adhésion étaient : la survenue de nouveaux conflits d'intérêts, la perception par les patients d'un manquement à l'éthique professionnelle et la possibilité d'exclusion des patients les plus précaires.

Les patients quant à eux percevaient les enjeux d'une évolution du mode de rémunération et étaient ouverts à une rémunération à la performance à condition qu'elle ne soit pas à l'origine d'une dépersonnalisation du soin. Ils ne ressentaient globalement pas de modifications de leur prise en charge médicale, depuis la mise en place du P4P.

Le CAPI n'a pas eu d'influence directe sur la durée de consultation des médecins généralistes français, alors même que ce dispositif était censé promouvoir des soins de meilleure qualité. En revanche, les médecins signataires du CAPI ont des durées de consultation significativement plus courtes que leurs homologues non signataires, ce qui peut s'expliquer par des phénomènes d'auto-sélection.

Ces résultats permettent d'enrichir la réflexion actuelle entourant le P4P. Il semble qu'après le relatif engouement initial se concrétisant par sa mise en place dans beaucoup de pays industrialisés, nous assistons désormais à une période de relative remise en question et de réflexion.

A Royaume-Uni, par exemple, un rapport remis par Tim Doran estime que les seuils des indicateurs du QOF ont été initialement fixés trop bas et qu'ils n'ont pas été correctement

ajustés depuis. De ce fait, les médecins, dans leur majorité, ont atteint leurs objectifs et puisque le montant QOF est associé à la taille de la patientèle pour chaque indicateur, la rémunération du QOF, qui se voulait être un reflet de la performance, est devenue une forme de nouveau paiement à la capitation. L'auteur propose de ce fait d'élever les niveaux des seuils de rémunération (ce qui vient d'être fait) et d'évaluer de façon rigoureuse l'impact de cette mesure. (39) Par ailleurs, la NHS vient de réduire le budget alloué au QOF et réinvestir la partie économisée dans le mode initial de rémunération des médecins anglais : la capitation.(39)

En France, un récent rapport de la Cour des comptes suggère *« une solidarité entre les indicateurs avec des impacts positifs et négatifs sur la rémunération finale »* qui *« renforcerait le caractère incitatif du dispositif. »*

Pour plus de clarté, il détaille dans sa 9ème préconisation :

« Introduire une solidarité entre les indicateurs pour que les résultats insuffisants viennent réduire la rémunération finale ; supprimer à terme proche l'aide à l'informatisation des cabinets »

Cette proposition peut surprendre car elle va à l'encontre de ce qui avait été préconisé par le rapport COMPAQH (178) remis en 2008, peu de temps avant la mise en place des CAPI. Il avait alors été écrit qu'un mécanisme qui comporterait des pénalités était à éviter en précisant que *« cette démarche est très critiquée car certains effets indésirables arrivent malgré une pratique suivant toutes les recommandations, et risque donc par son effet punitif de décourager toute initiative de prévention de ces événements. (179,180)»*

Le rapport COMPAQH, fruit d'une collaboration entre la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS), l'Assurance-Maladie (CNAMTS) et la Haute Autorité de Santé (HAS), proposait dix principes pour accompagner le développement du P4P en France. Il précisait également qu'une *« vigilance d'ordre éthique est de mise dans toutes les initiatives sur le sujet »*

A la lumière de nos résultats dont les conclusions rejoignent cette dernière préconisation, il nous paraît opportun d'attirer l'attention sur trois de ces principes.

1/ Garantir une expertise sur les indicateurs

Les médecins et les patients que nous avons interrogés s'accordaient tous sur un point : l'acceptabilité du P4P dépend en grande partie des indicateurs choisis. Le principe de non

malfaisance doit conduire à la plus grande prudence dans leur choix et à une évaluation régulière de leur pertinence au regard des données actuelles de la science. Ces données évoluant en permanence, elles questionnent déjà aujourd'hui certains indicateurs choisis en 2009. L'hémoglobine glyquée (HbA1c) maintenue strictement sous le seuil des 7 % fait l'objet de vifs débats au vu de la mortalité et de l'évolution clinique à 15 ans.(181) Le dépistage par mammographie systématique chez les femmes est remis en question compte tenu du nombre important (30 %) de sur-diagnostic et de l'effet marginal sur le devenir des patientes atteintes de graves cancers du sein.(182,183)

Maintenir de tels indicateurs, sources de vives polémiques dans le monde scientifique, apparaît périlleux. Encourager financièrement les médecins à appliquer une norme, dont la validité scientifique est remise en question aujourd'hui, ne peut satisfaire le principe de non malfaisance.

Par ailleurs, il paraît inopportun d'accorder trop d'importance aux indicateurs de prescriptions. L'American College of Physicians (ACP) mettait déjà en garde en 2007 quant à une des dérives envisageables du P4P qui consisterait à considérer comme important dans la prise en charge du patient uniquement ce qui est mesuré. (155) L'ACP soulignait alors l'importance primordiale de prendre en compte des données telles que la continuité des soins, la qualité d'écoute du médecin, l'accès aux soins ou encore la durée de consultation et de ne pas se contenter d'évaluer ce qui est facile à mesurer. Nos résultats ne constatant pas d'augmentation de la durée de consultation des médecins généralistes français, ils remettent en question l'idée selon laquelle le P4P pourrait inciter les médecins à augmenter le temps consacré à certaines activités telles que les pratiques de prévention ou les maladies chroniques.

Enfin, concernant le mode de construction des indicateurs, il apparaît souhaitable d'impliquer des médecins généralistes dans le processus. Il s'agit là d'un point consensuel auprès des patients et des médecins interrogés, qui viserait à améliorer l'acceptabilité du dispositif. D'après eux, une implication des médecins dans la conception des indicateurs permettrait de veiller à ce que les objectifs de ces indicateurs ne s'éloignent pas des valeurs du soin pour aller uniquement vers celles de l'économie.

2/ Réduire les inégalités

Le P4P, en cherchant à homogénéiser les pratiques médicales dans le sens des données de la science, semble viser un objectif de justice sociale. Paradoxalement, les médecins généralistes

interrogés ayant refusé d'adhérer au CAPI ont estimé que le P4P pouvait amener à une exclusion des patients les plus précaires.

Le rapport COMPAQH avait également pointé ce risque et préconisait de moduler l'incitation selon la population considérée (critères socio-économique et géographique).

Le Collège de la Médecine Générale a abondé en ce sens et en a détaillé les modalités pratiques dans un document où il est proposé que la ROSP valorise « *l'enregistrement de la situation sociale des patients afin de permettre de financer la surcharge de travail administratif et sanitaire liée à la prise en charge de ces patients défavorisés* »(184)

L'application de l' « exception reporting » en France pourrait également minimiser le risque d'exclusion des patients les plus précaires et améliorer l'acceptabilité du dispositif auprès des médecins.(185) Un travail s'est intéressé à sa faisabilité en France et à son impact sur l'acceptabilité de la ROSP. (186) Si l'acceptabilité a bien semblé être améliorée, la mise en place s'est heurtée à des difficultés principalement liées aux outils informatiques peu standardisés dans les soins primaires français.

3/ Evaluer l'action publique et animer la recherche

Ce dernier point soulevé par le rapport COMPAQH nous paraît plus que jamais d'actualité.

Nous espérons y avoir modestement contribué en étudiant et en hiérarchisant les tensions éthiques liées au P4P décrites par les médecins généralistes ainsi qu'en étudiant la perception qu'ils ont de la norme médicale. L'étude de l'impact du P4P sur la durée de consultation, jamais menée jusqu'ici, nous paraît également constituer une analyse complémentaire des nombreuses évaluations existantes du P4P qui portent, pour la plupart, sur l'évaluation des indicateurs soumis à des incitatifs financiers. Enfin, dans le cadre d'une réflexion éthique, l'avis et le retour d'expérience des patients sur ce dispositif nous semblent nécessaires. Ils n'envisagent pas la rémunération des médecins comme celle d'un service « banal ». Leur attente d'un soin personnalisé entre parfois en contradiction avec la standardisation des prises en charge qui sous-tend la logique du paiement à la « performance ».

Des qualités, telles que l'humanité, la disponibilité, la qualité d'écoute, l'amabilité, l'honnêteté, la disponibilité, l'humilité ont été décrites comme des critères difficilement quantifiables, mais pourtant indispensables pour qu'une relation de confiance entre médecin et patient puisse s'instaurer, ces qualités étant vécues et présentées comme des critères plus forts que l'ensemble des indicateurs mesurables que l'on pourrait définir.

BIBLIOGRAPHIE

1. Journal officiel de la République française - N° 223 du 25 septembre 2011 - joe_20110925_0016.pdf [Internet]. [cité 9 mai 2013]. Disponible sur: http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/joe_20110925_0016.pdf
2. Décision du 9 mars 2009 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la création d'un contrat type d'amélioration des pratiques à destination des médecins libéraux conventionnés (Decision of the national union of the health insurance funds to contract with general practitioners to improve practices). Sect. JORF, 34 avr 21, 2009 p. 6839.
3. Rosenberg W, Donald A. Evidence based medicine: an approach to clinical problem-solving. BMJ. 29 avr 1995;310(6987):1122-1126.
4. Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. JAMA J Am Med Assoc. 4 nov 1992;268(17):2420-2425.
5. Timmermans S. The gold standard: the challenge of evidence-based medicine and standardization in health care. Philadelphia, Pa: Temple University Press; 2003. 269 p.
6. Haynes RB. What kind of evidence is it that Evidence-Based Medicine advocates want health care providers and consumers to pay attention to? BMC Health Serv Res. 2002;2:3.
7. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ. 13 janv 1996;312(7023):71-72.
8. Haute Autorité de Santé - Méthodes d'élaboration des recommandations de bonne pratique [Internet]. [cité 10 mai 2013]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_418716/fr/methodes-delaboration-des-recommandations-de-bonne-pratique
9. Grignon M, Paris V, Polton D. L'influence des modes de rémunération des médecins sur l'efficacité du système de soins [Internet]. Paris: CREDES; 2002 nov p. 39. Report No.: 35. Disponible sur: <http://publications.gc.ca/collections/Collection/CP32-79-35-2002F.pdf>
10. Paris V, Devaux M. Les modes de rémunération des médecins des pays de l'OCDE. Trib Santé. 21 oct 2013;n° 40(3):45-52.
11. Ricoeur P. Soi-même comme un autre. Paris: Seuil; 1996.
12. Majnoni d'Intignano B, Ulmann P. Santé et économie en Europe. Paris: Presses universitaires de France; 2009. 128 p.
13. Beveridge W. Social insurance and allied services. 1942. Bull World Health Organ. 2000;78(6):847-855.
14. Palier B. La réforme des systèmes de santé. Paris: Presses universitaires de France; 2012. 128 p.
15. Culter D.M., Reber S.J. Paying for health insurance : the trade-off between competition and adverse selection. Quaterly Journal of Economics. 1998;(113 (2)).

16. Jacobzone S, Rochaix L. L'hypothèse de demande induite : un bilan économique. *Économie Prévision*. 1997;129(3):25-36.
17. Delattre E, Dormont B. Fixed fees and physician-induced demand: A panel data study on French physicians. *Health Econ*. 1 sept 2003;12(9):741-754.
18. Dormont B, Samson A-L. Les effets multiformes du paiement à l'acte sur les revenus des généralistes. Les enseignements de quelques études économétriques pour la France. *Rev Fr Aff Soc*. 16 déc 2011;2-3(2):156-179.
19. Samson AL. Faut-il remettre en cause le paiement à l'acte des médecins. 2009;144-158.
20. Bocognano A. Droit à dépassement et impact sur les inégalités d'accès aux soins. *ADSP*. déc 2009;4(69):8-12.
21. Brunelle Y., Bergman H. Capitation, efficience et rationnement. *Revue transdisciplinaire en santé*. 1999;6(2):270-288.
22. Albouy V, Deprez M. Mode de rémunération des médecins. *TRESOR-ECO*. sept 2008;(42):8.
23. Gerdham U.G., Jönsson B., MacFarlan M., Oxley H. The determinants of health expenditure in the OCDE countries : a pooled data analysis. *Dev health Econ Public Policy*. 1998;(6).
24. Gosden T., Sibbald B., Williams J., Petchey R., Leese B. Salaried contracts in UK general practice : a study of job satisfaction and stress. *J Health Serv Res Policy*. 2002;7(1):26-33.
25. Gosden T., Pedersen L., Togerson D. How should we pay doctors ? A systématique review of salary payments and their effect on doctor behaviour. *Quarterly Journal of Medicine*. 1999;(92).
26. Gosden T., Sibbald B., Williams J. Paying doctors by salary : a controlled study of general practioner behaviour in England. *Health Policy*. 2003;(64).
27. Chawla M., Windak A., Berman P., Kulis M. Paying the physician : Review of different methods. *Harvard School of Public Health*. 1997;6-23.
28. Gosden T., Forland F., Kristiansen I. S. Impact of payment method on behaviour of primary care physicians : a systematic review. *Journal of Health Services Research and Policy*. 2001;(6).
29. Vers des systèmes de santé plus performants. OCDE, Organisation de coopération et de développement économiques; 2004 p. 23. Report No.: 82624.
30. Simoens S, Giuffrida A. The impact of physician payment methods on raising the efficiency of the healthcare system: an international comparison. *Appl Health Econ Health Policy*. 2004;3(1):39-46.
31. Krasnik A., Groenewegen P.P., Pedersen P.A., Scholten P.V., Mooney G., Gottschau A., Flierman H.A., Damsgaard M.T. Changing remuneration systems : effects in activity on general practice. *BMJ*. 1990;40(4):1698-1701.
32. Doran T, Fullwood C, Gravelle H, Reeves D, Kontopantelis E, Hiroeh U, et al. Pay-for-performance programs in family practices in the United Kingdom. *N Engl J Med*. 27 juill 2006;355(4):375-384.

33. Bernstein D. Le paiement à la performance des médecins généralistes anglais a-t-il atteint ses objectifs ? Un premier bilan. ADSP. 2008;65:49-52.
34. Prieur C. Financer nos dépenses de santé : que faire? Paris: Harmattan; 2011. 286 p.
35. Bras PL., Duhamel G. Rémunérer les médecins selon leurs performances : les enseignements des expériences étrangères. Inspection générale des affaires sociales; 2007 juin. Report No.: N° RM2008-047P.
36. Departement of Health. Quality and Outcomes Framework : Summary of QOF indicators [Internet]. Disponible sur:
https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/127321/Summary-of-QOF-indicators.pdf.pdf
37. Gravelle H., Sutton M., Ma A. Doctor behaviour under a pay for Performance contract : Further Evidence from the Quality and Outcomes Framework. University of York - Centre for Health Economics. 2008;(34):1-22.
38. The Information Centre for health and social care. Quality and Outcomes Framework : online GP practice results database [Internet]. Disponible sur: <http://www.qof.ic.nhs.uk/>
39. Doran T, Kontopantelis E, Reeves D, Sutton M, Ryan AM. Setting performance targets in pay for performance programmes: what can we learn from QOF? BMJ. 2014;348:g1595.
40. Sutcliffe D, Lester H, Hutton J, Stokes T. NICE and the Quality and Outcomes Framework (QOF) 2009-2011. Qual Prim Care. 2012;20(1):47-55.
41. De Bruin SR, Baan CA, Struijs JN. Pay-for-performance in disease management: a systematic review of the literature. BMC Health Serv Res. 2011;11:272.
42. Rosenthal MB., Landon BE., Normand SL., Franck RG., Epstein AM. Pay for performance in commercial HMOs. N Engl J Med. 2006;355(18):1895-1902.
43. McDonald R, Roland M. Pay for performance in primary care in England and California: comparison of unintended consequences. Ann Fam Med. avr 2009;7(2):121-127.
44. Chi YL. P4P in primary care and chronic disease management. Lessons from OECD countries. [Internet]. 2011 [cité 12 mai 2013]. Disponible sur:
<http://www.helsedirektoratet.no/finansiering/finansieringsordninger/resultatbasert-finansiering/Documents/p4p-in-primary-care-and-chronic-disease-y-ling-chi.pdf>
45. Polton D, Aubert JM. Le contrat d'amélioration des pratiques individuelles, aboutissement ou nouveau départ pour la gestion des soins ? La lettre du collège des économistes de la santé. sept 2010;(3):5-7.
46. Du CAPI à la généralisation du P4P. Le quotidien du médecin. 21 sept 2011;(9008):3.
47. Bloy G, Schweyer, Francois-Xavier. Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale. Presses de l'EHESP; 2010.

48. CNOM. CAPI et déontologie médicale | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. 2009 [cité 12 mai 2013]. Disponible sur: <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/capi-et-deontologie-medicale-899>
49. Geller MJ. Ancient Babylonian Medicine: Theory and Practice [Internet]. 2010 [cité 12 mai 2013]. Disponible sur: <http://onlinelibrary.wiley.com/book/10.1002/9781444319996>
50. Mélenec L, Dorsner-Dolivet A. Les honoraires médicaux. Maloine; 1981. 102 p.
51. Portes L. A la recherche d'une éthique médicale. Masson; 1954. 228 p.
52. Hocquet-Berg S, Py B. La responsabilité du médecin. Heures de France; 2006. 188 p.
53. Bulletin de l'Ordre des médecins. 1941;(1):11.
54. Code de déontologie médicale. 47-1169 juin 27, 1947.
55. Le Meur A. Les enjeux de l'introduction du paiement à la performance dans la convention nationale médicale de 2011 [Internet]. Université Paris Descartes; 2012 [cité 8 août 2014]. Disponible sur: <http://www.ethique.sorbonne-paris-cite.fr/?q=node/2039>
56. JORF. Loi n°71-525 du 3 juillet 1971 relative aux rapports entre les caisses d'assurance maladie et les praticiens et auxiliaires médicaux modifiant les art. L.257, L.259 à L.265 et L.613-16 du Code de Sécurité sociale (conventions nationales). juill 6, 1971 p. 6571.
57. JORF. Arrêté du 30 mars 1976 portant approbation de la convention nationale des médecins du 03-02-1976 (tarifs des honoraires ; annexes I & II). avr 1, 1976 p. 1978.
58. JORF. Arrêté du 5 juin 1980 portant approbation de la convention conclue entre, d'une part, la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et conjointement la caisse centrale de secours mutuels agricoles et la caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles et, d'autre part, la fédération des médecins de France. juin 6, 1980 p. 4938-4945.
59. JORF. Arrêté du 4 juillet 1985 portant approbation de la convention nationale des médecins. juill 5, 1985 p. 7554-7560.
60. JORF. Arrêté du 27 mars 1990 portant approbation de la convention nationale des médecins. mars 30, 1990 p. 3882-3896.
61. JORF. Loi n°93-8 du 4 janvier 1993 relative aux relations entre professions de santé et l'assurance maladie. janv 4, 1993 p. 251-255.
62. Bejean S, Peyron C. Nature et évolution des conventions en médecine ambulatoire. Santé Économie. 1998;(15):127-145.
63. JORF. Arrêté du 25 novembre 1993 portant approbation de la convention nationale des médecins. nov 26, 1993 p. 16297.
64. Cour des comptes. Rapport sur la Sécurité sociale. Les éditions des Journaux officiels; 1996. p. 65.

65. Penneau J, Penneau M. Recommandations professionnelles et responsabilité médicale. 1998;(28):4-6.
66. JORF. Arrêté du 28 mars 1997 portant approbation de la Convention nationale des médecins généralistes et spécialistes. mars 29, 1997 p. 4897.
67. Loi n° 2002-322 du 6 mars 2002 portant rénovation des rapports conventionnels entre les professions de santé libérales et les organismes d'assurance maladie, JORF, 7 mars 2002 p. 4263.
68. Arrêté du 23 mars 2005 portant approbation de l'avenant n°12 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes, JORF n°76, 30 mars 2005, p. 4768.
69. Van Roekeghem F. Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles. Journal Officiel de la république Française. avril 2009;(texte 34 sur 89).
70. Prescrire rédaction. Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles (CAPI) : un tournant de l'exercice médical libéral en France ? La Revue Prescrire. nov 2010;30(n°325):855-865.
71. CNAMTS. Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles (CAPI) : une dynamique au bénéfice des patients [Internet]. Assurance Maladie; 2010 sept p. 11. Disponible sur: <http://www.i-med.fr/IMG/pdf/dp-cnamts-100916-capi-cau-pdf.pdf>
72. Ulmann Philippe. La rémunération des médecins sur objectifs de santé publique : premiers résultats et avancées de la convention médicale [Internet]. L'Assurance Maladie; 2011. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/06_Ulmann.pdf
73. Remunération sur objectifs de santé publique: une mobilisation des médecins et de l'assurance maladie en faveur de la qualité des soins [Internet]. [cité 20 janv 2014]. Disponible sur: http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/DP_Bilan_ROSP_1_an_11042013_VDEF3.pdf
74. CNAM. La rémunération sur objectifs de santé publique deux ans après: des progrès significatifs en faveur de la qualité et de la pertinence des soins. [Internet]. 2014 avr p. 47. Disponible sur: <http://www.thinktank-economiesante-blog.fr/data/document/cnam-bilan-rosp-2-ans-2013-avril-14.pdf>
75. Les relations conventionnelles entre l'assurance maladie et les professions libérales de santé. Rapport de la cour des comptes. [Internet]. [cité 17 juill 2014]. Disponible sur: http://www.legeneraliste.fr/sites/gen/files/public/asset/document/rapport_cour_des_comptes_0.pdf
76. Canguilhem G. Le normal et le pathologique. [11e édition]. Paris: Presses universitaires de France; 2009. 294 p.
77. Spinoza B, Caillois R. L'éthique. [Paris]: Gallimard; 1995. 398 p.
78. Leriche R. Recherche et réflexions critiques sur la douleur. La Presse Médicale. 1931;(74):234.
79. Quetelet LAJ. Sur l'homme et le développement de ses facultés, ou, Essai de physique sociale. Bachelier; 1835. 360 p.

80. Halbwachs M. La théorie de l'homme moyen: Essai sur Quetelet et la statistique morale. Sciences en situation; 2010. 200 p.
81. Macherey P. La force des normes: de Canguilhem à Foucault. Paris: la Fabrique; 2009. 140 p.
82. Foucault M. Naissance de la clinique. Presses Universitaires de France; 1994. 240 p.
83. Foucault M. Crise de la médecine ou crise de l'anti-médecine ? Dits et Ecrits. Gallimard; 1976. p. 40-58.
84. Lefèvre C. La philosophie du soin. La matière et l'esprit. 2006;(4):25-34.
85. Klein A. Du corps médical au corps du sujet. Étude historique et philosophique du problème de la subjectivité dans la médecine française moderne et contemporaine. Bull Amades Anthropol Médicale Appliquée Au Dév À Santé [Internet]. 18 juill 2013 [cité 28 juill 2014];(87). Disponible sur: <http://amades.revues.org/1508>
86. Heubel F, Biller-Andorno N. The contribution of Kantian moral theory to contemporary medical ethics: a critical analysis. Med Health Care Philos. 2005;8(1):5-18.
87. Beauchamp T. Principles of biomedical ethics. 6th ed. New York: Oxford University Press; 2009. 432 p.
88. Degos L. Le paiement à la performance est-il performant ? Médecine des maladies métaboliques. 16 sept 2013;7(3):207-211.
89. Le serment d'Hippocrate | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [cité 4 août 2014]. Disponible sur: <http://www.conseil-national.medecin.fr/le-serment-d-hippocrate-1311>
90. Dormont B. Le paiement à la performance : contraire à l'éthique ou au service de la santé publique ? Trib Santé. 21 oct 2013;n° 40(3):53-61.
91. Molinier P, Laugier S, Paperman P. Qu'est-ce que le care ? : Souci des autres, sensibilité, responsabilité. Paris: Payot; 2009. 298 p.
92. Campbell SM, Reeves D, Kontopantelis E, Sibbald B, Roland M. Effects of pay for performance on the quality of primary care in England. N Engl J Med. 23 juill 2009;361(4):368-378.
93. Campbell S, Reeves D, Kontopantelis E, Middleton E, Sibbald B, Roland M. Quality of primary care in England with the introduction of pay for performance. N Engl J Med. 12 juill 2007;357(2):181-190.
94. Roland M, Campbell S. Successes and failures of pay for performance in the United Kingdom. N Engl J Med. 15 mai 2014;370(20):1944-1949.
95. Scott A, Sivey P, Ait Ouakrim D, Willenberg L, Naccarella L, Furler J, et al. The effect of financial incentives on the quality of health care provided by primary care physicians. Cochrane Database Syst Rev. 2011;(9):CD008451.
96. Houle SKD, McAlister FA, Jackevicius CA, Chuck AW, Tsuyuki RT. Does performance-based remuneration for individual health care practitioners affect patient care?: a systematic review. Ann Intern Med. 18 déc 2012;157(12):889-899.

97. Van Herck P, De Smedt D, Annemans L, Remmen R, Rosenthal MB, Sermeus W. Systematic review: Effects, design choices, and context of pay-for-performance in health care. *BMC Health Serv Res*. 2010;10:247.
98. Peckham S, Wallace A. Pay for performance schemes in primary care: what have we learnt? *Qual Prim Care*. 2010;18(2):111-116.
99. Gillam SJ, Siriwardena AN, Steel N. Pay-for-performance in the United Kingdom: impact of the quality and outcomes framework: a systematic review. *Ann Fam Med*. oct 2012;10(5):461-468.
100. Allen T, Mason T, Whittaker W. Impacts of pay for performance on the quality of primary care. *Risk Manag Healthc Policy*. 2014;7:113-120.
101. Eijkenaar F, Emmert M, Scheppach M, Schöffski O. Effects of pay for performance in health care: a systematic review of systematic reviews. *Health Policy Amst Neth*. mai 2013;110(2-3):115-130.
102. Gude T, Vaglum P, Anvik T, Bærheim A, Grimstad H. A few more minutes make a difference? The relationship between content and length of GP consultations. *Scand J Prim Health Care*. mars 2013;31(1):31-35.
103. Howie JG, Porter AM, Heaney DJ, Hopton JL. Long to short consultation ratio: a proxy measure of quality of care for general practice. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract*. févr 1991;41(343):48-54.
104. Hull FM, Hull FS. Time and the general practitioner: the patient's view. *J R Coll Gen Pract*. févr 1984;34(259):71-75.
105. Wilson A. Consultation length in general practice: a review. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract*. mars 1991;41(344):119-122.
106. Hennig-Schmidt H, Selten R, Wiesen D. How payment systems affect physicians' provision behaviour--an experimental investigation. *J Health Econ*. juill 2011;30(4):637-646.
107. Eggleston K. Multitasking and mixed systems for provider payment. *J Health Econ*. janv 2005;24(1):211-223.
108. McKinley RK, Stevenson K, Adams S, Manku-Scott TK. Meeting patient expectations of care: the major determinant of satisfaction with out-of-hours primary medical care? *Fam Pract*. août 2002;19(4):333-338.
109. Ruiz-Moral R, Pérula de Torres LA, Jaramillo-Martin I. The effect of patients' met expectations on consultation outcomes. A study with family medicine residents. *J Gen Intern Med*. janv 2007;22(1):86-91.
110. Van Weel C. Person-centred medicine in the context of primary care: a view from the World Organization of Family Doctors (Wonca). *J Eval Clin Pract*. avr 2011;17(2):337-338.
111. Bachimont J, Cogneau J, Letourmy A. Pourquoi les médecins généralistes n'observent-ils pas les recommandations de bonnes pratiques cliniques ? L'exemple du diabète de type 2. *Sciences sociales et santé*. juin 2006;24(2):75-102.

112. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. Paris: A. Colin; 2012. 424 p.
113. Mays N, Pope C. Qualitative research in health care. Assessing quality in qualitative research. BMJ. 1 janv 2000;320(7226):50-52.
114. Pope C, Ziebland S, Mays N. Qualitative research in health care. Analysing qualitative data. BMJ. 8 janv 2000;320(7227):114-116.
115. Saint-Lary O, Plu I, Naiditch M. Adhérer ou pas au CAPI : de quel clivage des généralistes le paiement à la performance est-il le révélateur ? La Revue Française des Affaires Sociales. 2011;n° 2-3(2):180-209.
116. Saint-Lary O, Plu I, Naiditch M. Ethical issues raised by the introduction of payment for performance in France. J Med Ethics. août 2012;38(8):485-491.
117. Pope C., Ziebland S., Mays N. Qualitative research in health care : Analysing qualitative data. BMJ. 2000;(320):114-116.
118. Pages J. Analyse factorielle de données mixtes. Revue de statistiques appliquées. 2004;52(n°4):93-111.
119. Mannion R, Davies HTO. Payment for performance in health care. BMJ. 9 févr 2008;336(7639):306-308.
120. Doran T, Fullwood C, Kontopantelis E, Reeves D. Effect of financial incentives on inequalities in the delivery of primary clinical care in England: analysis of clinical activity indicators for the quality and outcomes framework. Lancet. 30 août 2008;372(9640):728-736.
121. Woolhandler S, Ariely D, Himmelstein DU. Why pay for performance may be incompatible with quality improvement. BMJ. 14 août 2012;345(aug13 2):e5015-e5015.
122. Ryan AM. Has Pay-for-Performance Decreased Access for Minority Patients? Health Serv Res. 1 févr 2010;45(1):6-23.
123. Emmert M, Eijkenaar F, Kemter H, Esslinger AS, Schöffski O. Economic evaluation of pay-for-performance in health care: a systematic review. Eur J Health Econ HEPAC Health Econ Prev Care. déc 2012;13(6):755-767.
124. Mercer SW, Howie JG. CQI-2 — a new measure of holistic interpersonal care in primary care consultations. Br J Gen Pract. 1 avr 2006;56(525):262.
125. Breuil-Genier P, Goffette C. La durée des séances des médecins généralistes. Etudes et résultats DREES. N°481 éd. Avril 2006;
126. Deveugele M, Derese A, van den Brink-Muinen A, Bensing J, De Maeseneer J. Consultation length in general practice: cross sectional study in six European countries. BMJ. 31 août 2002;325(7362):472.
127. Dewatripont M, Jewitt I, Tirole J. Multitask agency problems: Focus and task clustering. Eur Econ Rev. mai 2000;44(4-6):869-877.

128. Eggleston K. Multitasking and mixed systems for provider payment. *J Health Econ.* janv 2005;24(1):211-223.
129. Devlin RA, Sarma S. Do physician remuneration schemes matter? The case of Canadian family physicians. *J Health Econ.* sept 2008;27(5):1168-1181.
130. World Organisation of Family Doctors (WONCA). ICPC-2: International Classification of Primary Care. 2nd edition. 1997.
131. Kao AC, Green DC, Zaslavsky AM, Koplan JP, Cleary PD. The relationship between method of physician payment and patient trust. *JAMA J Am Med Assoc.* 18 nov 1998;280(19):1708-1714.
132. Cutler DM, Reber S. Paying for Health Insurance: The Tradeoff between Competition and Adverse Selection [Internet]. National Bureau of Economic Research; 1996 oct. Report No.: 5796. Disponible sur: <http://www.nber.org/papers/w5796>
133. Strauss A, Corbin JM. Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory. SAGE; 1998. 342 p.
134. Sicart D. Les médecins au 1er janvier 2010 [Internet]. 2011 févr p. 1-138. Report No.: 152. Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/les-medecins-au-1er-janvier-2010,7951.html>
135. Communiqué de presse SNEMG du 11 juin 2010 sur le nombre d'enseignants de médecine générale [Internet]. [cité 29 mars 2012]. Disponible sur: http://www.snemg.fr/IMG/pdf/Communique_de_Presse_SNEMG_du_11_juin_2010_sur_le_nombre_d_enseignants_de_MG.pdf
136. Shojania KG, Ranji SR, Shaw LK, Charo LN, Lai JC, Rushakoff RJ, et al. Closing the Quality Gap: A Critical Analysis of Quality Improvement Strategies (Vol. 2: Diabetes Care) [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2004 [cité 1 sept 2014]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43938/>
137. Wilson A, Childs S. The relationship between consultation length, process and outcomes in general practice: a systematic review. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract.* déc 2002;52(485):1012-1020.
138. Freeman GK, Horder JP, Howie JGR, Hungin AP, Hill AP, Shah NC, et al. Evolving general practice consultation in Britain: issues of length and context. *BMJ.* 13 avr 2002;324(7342):880-882.
139. Howie JG, Heaney DJ, Maxwell M. Measuring quality in general practice. Pilot study of a needs, process and outcome measure. *Occas Pap R Coll Gen Pract.* févr 1997;(75):i-xii, 1-32.
140. Howie JG, Porter AM, Forbes JF. Quality and the use of time in general practice: widening the discussion. *BMJ.* 15 avr 1989;298(6679):1008-1010.
141. Rosenberg WMC, Sackett DL. On the need for evidence-based medicine. *Therapie.* 1996;51(3):212-7.
142. Saarni SI, Gylling HA. Evidence based medicine guidelines: a solution to rationing or politics disguised as science? *J Med Ethics.* avr 2004;30(2):171-175.

143. Clinicians for the Restoration of Autonomous Practice (CRAP) Writing Group. EBM: unmasking the ugly truth. *BMJ*. 21 déc 2002;325(7378):1496-1498.
144. Campbell SM, McDonald R, Lester H. The Experience of Pay for Performance in English Family Practice: A Qualitative Study. *Ann Fam Med*. 1 mai 2008;6(3):228-234.
145. Lester H, Matharu T, Mohammed MA, Lester D, Foskett-Tharby R. Implementation of pay for performance in primary care: a qualitative study 8 years after introduction. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract*. juin 2013;63(611):e408-415.
146. Roy K. Le Paiement à la Performance (P4P): Quelle connaissance les médecins généralistes ont-ils du dispositif conventionnel et quel regard portent-ils sur ce nouveau mode de rémunération? [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier; 2012.
147. Paraskevov P. Le ressenti des médecins généralistes face au paiement à la performance [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier; 2012.
148. Andriantsehoanarinala L. Les médecins ayant refusé la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP)-paiement à la performance (P4P): une approche qualitative des raisons exprimées de leur refus [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier; 2014.
149. Toussaints S. Évaluation de l'adhésion des médecins généralistes picards libéraux à la rémunération sur objectifs de santé publique: étude auprès de 500 médecins généralistes libéraux picards [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie; 2011.
150. Poirson F. Les futurs médecins généralistes et le paiement à la performance: une étude nationale auprès des internes de médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Versailles Saint-Quentin en Yvelines; 2013.
151. DREES. Les médecins généralistes face au paiement à la performance et à la coopération avec les infirmiers [Internet]. 2014 févr. Report No.: 873. Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/les-medecins-generalistes-face-au-paiement-a-la-performance,11266.html>
152. Regards croisés des Français et des médecins sur la convention de 2011, la maîtrise médicalisée des dépenses et la ROSP. *BVA*; 2013 déc.
153. Heath I, Hippisley-Cox J, Smeeth L. Measuring performance and missing the point? *BMJ*. 24 nov 2007;335(7629):1075-1076.
154. Slowther A, Ford S, Schofield T. Ethics of evidence based medicine in the primary care setting. *J Med Ethics*. avr 2004;30(2):151-155.
155. Snyder L, Neubauer RL. Pay-for-performance principles that promote patient-centered care: an ethics manifesto. *Ann Intern Med*. 4 déc 2007;147(11):792-794.
156. Béjean S, Peyron C, Urbinelli R. Variations in activity and practice patterns: a French study for GPs. *Eur J Health Econ HEPAC Health Econ Prev Care*. sept 2007;8(3):225-236.
157. Shen Y. Selection incentives in a performance-based contracting system. *Health Serv Res*. avr 2003;38(2):535-552.

158. Chauvel N, Le Vaillant M, Pelletier-Fleury N. Variation in HbA1c prescription for patients with diabetes in French general practice: an observational study prior to the implementation of a P4P programme. *Eur J Public Health*. févr 2013;23(1):61-66.
159. Scott A, Shiell A, King M. Is general practitioner decision making associated with patient socio-economic status? *Soc Sci Med* 1982. janv 1996;42(1):35-46.
160. Définition conflit d'intérêts [Internet]. [cité 28 juill 2014]. Disponible sur: <http://www.conflits-interets.fr/pdf/propositions.pdf>
161. Sulmasy DP, Bloche MG, Mitchell JM, Hadley J. Physicians' ethical beliefs about cost-control arrangements. *Arch Intern Med*. 13 mars 2000;160(5):649-657.
162. Code de déontologie médical [Internet]. [cité 28 juill 2014]. Disponible sur: <http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf>
163. Lester HE, Hannon KL, Campbell SM. Identifying unintended consequences of quality indicators: a qualitative study. *BMJ Qual Saf* [Internet]. 21 juin 2011 [cité 13 oct 2011]; Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21693464>
164. Deci EL, Ryan RM. *Handbook of Self-determination Research*. University of Rochester Press; 2002. 484 p.
165. Marshall M, Harrison S. It's about more than money: financial incentives and internal motivation. *Qual Saf Health Care*. févr 2005;14(1):4-5.
166. Janus K. Managing motivation among health care professionals. *Adv Health Care Manag*. 26 août 2010;9:47-77.
167. Deci EL, Koestner R, Ryan RM. A meta-analytic review of experiments examining the effects of extrinsic rewards on intrinsic motivation. *Psychol Bull*. nov 1999;125(6):627-668; discussion 692-700.
168. Bénabou R, Tirole J. Intrinsic and Extrinsic Motivation. *Rev Econ Stud*. 7 janv 2003;70(3):489-520.
169. Tirole J. Motivation intrinsèque, incitations et normes sociales. *Rev Économique*. 18 mai 2009;60(3):577-589.
170. Da Silva N. Faut-il intéresser les médecins pour les motiver ? Une analyse critique du paiement à la performance médicale. *Rev MAUSS*. 1 mai 2013;41(1):93-93.
171. Champy F. *La sociologie des professions*. Presses Universitaires de France - PUF; 2012. 258 p.
172. Sicsic J, Le Vaillant M, Franc C. Intrinsic and extrinsic motivations in primary care: an explanatory study among French general practitioners. *Health Policy Amst Neth*. déc 2012;108(2-3):140-148.
173. McDonald R, Harrison S, Checkland K, Campbell SM, Roland M. Impact of financial incentives on clinical autonomy and internal motivation in primary care: ethnographic study. *BMJ*. 30 juin 2007;334(7608):1357.

174. Rémunération des médecins. BVA; 2008 juill.
175. Le médecin traitant et la nouvelle convention. BVA; 2011 oct.
176. Campbell S, Kontopentelis E, Reeves D, Valderas J, Gaehl E, Small N, et al. Changes in patient experiences of primary care during health service reforms in England between 2003 et 2007. *Ann Fam Med*. déc 2010;8(6):499-506.
177. Hannon K, Lester H, Campbell S. Patient's view of Pay of Performance in primary care: a qualitative study. *BJGP*. mai 2012;62:322-28.
178. COMPAQH. Rémunération à la performance dans le contexte sanitaire français: État des lieux et Perspectives [Internet]. 2008 [cité 12 déc 2011]. Disponible sur: <http://ifr69.vjf.inserm.fr/compaqh/data/04utilisations/Rapportp4pcompaqh.pdf>
179. Brooks J. US Medicare will stop paying for preventable errors. *CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicales Can*. 9 oct 2007;177(8):841-842.
180. Marietti C. Make no mistake. CMS adds financial disincentives for some particularly egregious medical errors. *Healthc Inform Bus Mag Inf Commun Syst*. oct 2007;24(10):72.
181. Hemmingsen B, Lund SS, Gluud C, Vaag A, Almdal TP, Hemmingsen C, et al. Targeting intensive glycaemic control versus targeting conventional glycaemic control for type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;11:CD008143.
182. Bleyer A, Welch HG. Effect of three decades of screening mammography on breast-cancer incidence. *N Engl J Med*. 22 nov 2012;367(21):1998-2005.
183. Gøtzsche PC, Jørgensen KJ. Screening for breast cancer with mammography. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;6:CD001877.
184. Collège de la Médecine Générale. Pourquoi et comment enregistrer la situation sociale d'un patient en médecine générale ? [Internet]. [cité 28 juill 2014]. Disponible sur: http://www.lecmg.fr/photos/doc_iss_02_04.pdf
185. Campbell S, Hannon K, Lester H. Exception reporting in the Quality and Outcomes Framework: views of practice staff - a qualitative study. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract*. avr 2011;61(585):183-189.
186. Blanc-Garin G. Qu'apporteraient les exceptions à la mesure des indicateurs conventionnels ? [Internet]. 8 eme congrès de la médecine générale France; 2014 avr 5. Disponible sur: <http://www.congresmg.fr/abstracts/cmfg2014/#abs70>

Annexes

Annexe n°1 : Le CAPI : Contrat Type

Source Journal Officiel de la République Française du 21 avril 2009 texte 34 sur 89

(En ligne)

À LA DÉCISION : CONTRAT TYPE

Contrat d'amélioration des pratiques individuelles

Entre les soussignés : la caisse primaire d'assurance maladie de

..... (adresse)

..... désignée comme « la caisse »,

Et le Docteur.....

(adresse)..... ,

Numéro d'identificationdésigné comme « le médecin »,

Vu les articles L. 162-5 et L. 162-12-21 du code de la sécurité sociale ; Vu la loi no 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie ; Vu la décision du directeur de l'UNCAM en date du 9 mars 2009 relative à la création d'un contrat type d'amélioration des pratiques à destination des médecins libéraux conventionnés, il a été convenu ce qui suit :

Article 1er

Objet du contrat

Le docteur... et la caisse primaire de... conviennent de conforter leur implication dans la prévention, d'améliorer la prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques et de promouvoir des prescriptions moins onéreuses à efficacité comparable. Leurs efforts s'articulent autour d'objectifs cohérents avec la loi de santé publique et tiennent compte des avis et référentiels émis par la Haute Autorité de santé.

Dans l'intérêt des patients, les engagements du présent contrat sont soumis au respect de la liberté de prescription, les médecins étant tenus, dans tous leurs actes et prescriptions, d'observer la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins.

Article 2

Durée du contrat

Le contrat entre en vigueur le premier jour du trimestre civil suivant celui de sa signature. Il est conclu pour une durée de trois ans à compter de sa date d'entrée en vigueur.

Article 3

Engagements du médecin

Le médecin contractant s'engage : – à consolider sa participation aux actions de prévention, en matière de vaccination contre la grippe, de dépistage du cancer du sein et de iatrogénie médicamenteuse ; – à favoriser la qualité de la prise en charge de ses patients souffrant de diabète ou d'hypertension artérielle ; – à promouvoir des prescriptions moins onéreuses à efficacité comparable conformément aux données actuelles de la science.

Une liste d'indicateurs correspondant à ces engagements est jointe en annexe 1 au présent contrat.

Les patients pris en compte pour l'élaboration et le suivi des indicateurs définis dans le présent contrat sont ceux qui ont choisi le docteur comme médecin traitant.

Article 4

Engagements de l'assurance maladie

4.1. Mise à disposition des données nécessaires à l'évaluation

L'assurance maladie s'engage à fournir chaque trimestre civil les données nécessaires au suivi du présent contrat.

4.2. Contrepartie financière

L'assurance maladie verse au médecin une contrepartie financière, tenant compte de la progression et de l'atteinte des objectifs du contrat, dont le montant est défini comme suit :

4.2.1. Pour chaque indicateur et pour la durée du contrat sont définis un niveau initial, un objectif intermédiaire et un objectif cible. Ces éléments figurent en annexe 1 au présent contrat.

4.2.2. A chaque date d'anniversaire du contrat, le niveau de chaque indicateur est constaté pour l'année qui vient de s'écouler.

4.2.3. Un taux de réalisation de l'objectif est calculé pour chaque indicateur. Ce taux est calculé comme suit :

- si le niveau constaté est inférieur à l'objectif intermédiaire, le taux de réalisation est proportionnel au progrès réalisé, sans toutefois pouvoir excéder 50 % ;
- si le niveau constaté est compris entre l'objectif intermédiaire et l'objectif cible, le taux de réalisation est inversement proportionnel à l'écart à l'objectif cible, majoré de 50 % ;
- si ce niveau constaté est égal ou supérieur à l'objectif cible, le taux de réalisation est égal à 100 % ; – les formules correspondant à ces principes sont détaillées en annexe 2.

4.2.4. Une moyenne des taux de réalisation des indicateurs du champ « dépistage et pathologies chroniques » est calculée. Il en est fait de même pour le champ « optimisation des prescriptions ».

4.2.5. La contrepartie financière est versée chaque année dès lors que la moyenne des taux de réalisation pour chacun des deux champs est supérieure à 25 %.

Dans cette hypothèse, elle est égale à 7 euros par patient multipliée par le taux de réalisation moyen. Ce taux est calculé en affectant au champ « dépistage et pathologies chroniques » une pondération de 60 % et au champ « optimisation des prescriptions » une pondération de 40 %.

4.2.6. La contrepartie ainsi déterminée est versée au médecin par la caisse après mise à disposition des données chiffrées et conformément aux termes de l'article 5 du présent contrat, dans un délai de quatre mois suivant la date anniversaire du présent contrat.

4.2.7. Pour le cas particulier de l'indicateur sur la prise en charge des hypertendus, le médecin déclare son résultat estimé à la CPAM.

Article 5

Suivi et accompagnement

5.1. Information des médecins par l'assurance maladie L'assurance maladie informe le médecin sur les engagements liés au contrat et sur son fonctionnement.

5.2. Mise à disposition des données chiffrées par la caisse

Lors de la demande de souscription au contrat, la caisse a remis au médecin une analyse chiffrée de sa patientèle dans les domaines visés par les objectifs retenus. Elle lui fournit également chaque trimestre, conformément à l'article 4, les données nécessaires au suivi de son contrat. Pendant l'exécution du contrat, le médecin peut également demander un rendez-vous à un praticien-conseil auprès de la caisse pour tout élément d'information sur le suivi du présent contrat.

5.3. Bilan annuel

A chaque date anniversaire d'entrée en vigueur du présent contrat, la caisse transmet au médecin un tableau récapitulatif des données de l'année écoulée.

En cas de désaccord sur les résultats communiqués, le praticien peut demander à être reçu par le praticien-conseil auprès de la caisse. A l'issue de cette rencontre, un bilan contradictoire est établi en deux exemplaires, qui sont adressés au directeur de la caisse.

Dans un délai maximal de deux semaines à compter de la réception de ce document, le directeur de la caisse ajoute ses observations éventuelles sur chaque exemplaire et arrête le bilan établi contradictoirement. Un exemplaire est adressé au médecin.

Article 6

Résiliation

Le présent contrat peut être résilié à tout moment par le médecin, par lettre recommandée avec accusé de réception. Cette rupture prend effet à la date de réception par la caisse de la lettre de résiliation.

En cas de fraude à l'assurance maladie, de fausse déclaration, d'abus de droit, de non-respect par le médecin d'une des obligations du contrat, la caisse peut résilier le présent contrat. Le directeur de la caisse notifie au médecin signataire sa décision motivée par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

Dans ce cas, la rupture prend effet à l'échéance d'un délai d'un mois à compter de la réception de la notification par le praticien, à moins qu'il ne le suspende en présentant des observations en réponse, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

La caisse a alors, à nouveau, un mois à compter de la réception desdites observations pour répondre en infirmant ou confirmant sa décision de résilier.

Article 7

Litiges

Les difficultés ou litiges soulevés par la conclusion ou l'exécution du contrat peuvent faire l'objet d'une conciliation dans le cadre des commissions paritaires locales, réunies en formation médecins.

Le médecin peut notamment solliciter ces instances en cas de désaccord sur le bilan annuel signé à l'issue de son entretien avec le médecin-conseil.

Cette demande suspend les effets du contrat mais ne fait pas obstacle aux voies de recours juridictionnelles habituelles.

Fait à ..., le...

Le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie,

Le médecin,

Annexe n°2: Les 16 indicateurs du CAPI

- 1- Grippe. Nombre de patients MT âgés de plus de 65 ans vaccinés / Nombre de patients MT de plus de 65 ans.
- 2- Cancer du sein. Nombre de patients MT de 50 à 74 ans participant au dépistage du cancer du sein/Nombre de patients MT de 50 à 74 ans (calcul sur 2 ans).
- 3- Vasodilatateurs. Nombre de patients MT de plus de 65 ans traités / nombre de patients MT de plus de 65 ans. (Objectif = diminution)
- 4- Benzodiazépines à demi-vie longue. Nombre de patients MT de plus de 65 ans traités / nombre de patients MT de plus de 65 ans. (Objectif = diminution)
- 5- Diabète. Nombre de patients diabétiques MT ayant 3 ou 4 dosages HbA1c par an/nombre de patients diabétiques MT. (55 % 65 %)
- 6- Nombre de patients diabétiques MT ayant eu un examen ophtalmologique (Fond d'oeil) par an/nombre de patients diabétiques MT.
- 7- Nombre de patients diabétiques MT (hommes plus de 50 ans, femmes plus de 60 ans) traités par antihypertenseurs et statines/nombre de patients diabétiques MT (hommes plus de 50 ans, femmes plus de 60 ans) traités par antihypertenseurs.
- 8- Nombre de patients diabétiques (hommes plus de 50 ans, femmes plus de 60 ans) traités par antihypertenseurs, statines et aspirine à faible dose/Nombre de patients diabétiques MT (hommes plus de 50 ans, femmes plus de 60 ans) traités par antihypertenseurs et statines.
- 9- HTA. Part des patients MT traités par antihypertenseurs ayant normalisé leurs chiffres tensionnels inférieur à 140/90.
- 10- Prescription (en nb de boîtes) dans le répertoire pour les antibiotiques/ prescription d'antibiotiques (en nb de boîtes).
- 11- Prescription (en nb de boîtes) dans le répertoire pour les IPP/prescription d'IPP (en nb de boîtes).
- 12- Prescription (en nb de boîtes) dans le répertoire pour les statines/prescription de statines (en nb de boîtes).
- 13- Prescription (en nb de boîtes) dans le répertoire pour les antihypertenseurs/ prescription d'antihypertenseurs (en nb de boîtes).
- 14- Prescription (en nb de boîtes) dans le répertoire pour les antidépresseurs/ prescription d'antidépresseurs (en nb de boîtes).
- 15- Prescription d'IEC (en nb de boîtes)/prescription d'IEC + Sartans (en nb de boîtes).
- 16- Nombre de patients MT traités par aspirine à faible dosage/nb de patients traités par antiagrégants plaquettaires. Les prescriptions prises en compte sont celles des patients ayant déclaré le docteur comme médecin traitant (MT).

Annexe n°3: les indicateurs de la nouvelle convention portant sur l'organisation du cabinet

CHAMPS	INDICATEURS
Organisation du cabinet	Mise à disposition d'un justificatif comportant un descriptif de l'équipement permettant la tenue du dossier médical informatisé et la saisie de données cliniques pour le suivi individuel et de la patientèle
	Mise à disposition d'un justificatif témoignant de l'utilisation d'un logiciel d'aide à la prescription certifié (*)
	Mise à disposition d'un justificatif d'équipement informatique permettant de télétransmettre et d'utiliser des téléservices
	Affichage dans le cabinet et sur le site ameli (**) des horaires de consultations et des modalités d'organisation du cabinet, notamment pour l'accès adapté des patients
	Elaboration à partir du dossier informatisé, et mise à disposition, d'une synthèse annuelle par le médecin traitant pour ces patients
(*) Ou pour les médecins non prescripteurs (anatomo-cytopathologiste) d'un module de création de compte rendu standardisé alimentant le dossier médical informatisé ou le DMP. (**) Dès lors que le service sur ameli sera opérationnel.	

Annexe n°4 : les indicateurs de la nouvelle convention portant sur la qualité de la pratique médicale

THÈMES	SOUS-THÈMES	INDICATEURS	OBJECTIFS cibles	SEUIL MINIMAL REQUIS pour la prise en compte de l'indicateur
Le suivi des pathologies chroniques	Diabète	Nombre de patients traités par antidiabétiques ayant choisi le médecin comme « médecin traitant » (MT) et bénéficiant de 3 à 4 dosages d'HbA1c dans l'année parmi l'ensemble des patients traités par antidiabétiques ayant choisi le médecin comme « médecin traitant ».	≥ 65 %	10 patients
		Nombre de patients MT diabétiques de type 2 dont les résultats de dosages d'HbA1c sont < 8,5 % parmi l'ensemble des patients diabétiques de type 2 ayant choisi le médecin comme « médecin traitant ».	≥ 90 %	10 patients
		Nombre de patients MT diabétiques de type 2 dont les résultats de dosages d'HbA1c sont < 7,5 % parmi l'ensemble des patients diabétiques de type 2 ayant choisi le médecin comme « médecin traitant ».	≥ 80 %	10 patients
		Nombre de patients MT diabétiques de type 2 dont les résultats du dosage de LDL cholestérol est < 1,5 g/l parmi l'ensemble des patients diabétiques de type 2 ayant choisi le médecin comme « médecin traitant ».	≥ 90 %	10 patients
		Nombre de patients MT diabétiques de type 2 dont les résultats du dosage de LDL cholestérol est < 1,3 g/l parmi l'ensemble des patients diabétiques de type 2 ayant choisi le médecin comme « médecin traitant ».	≥ 80 %	10 patients
		Nombre de patients MT traités par antidiabétiques et bénéficiant d'une consultation ou d'un examen du fond d'œil ou d'une rétinographie dans les deux ans rapporté à l'ensemble des patients MT traités par antidiabétiques	≥ 80 %	10 patients
		Nombre de patients MT traités par antidiabétiques dont l'âge est > 50 ans pour les hommes et > 60 ans pour les femmes et traités par antihypertenseurs et statines parmi l'ensemble des patients MT de mêmes tranches d'âge traités par antidiabétiques et antihypertenseurs	≥ 75 %	10 patients
		Nombre de patients MT diabétiques dont l'âge est > 50 ans pour les hommes et > 60 ans pour les femmes et traités par antihypertenseurs et statines et bénéficiant d'un traitement par aspirine faible dosage ou anticoagulant, rapporté à l'ensemble des patients MT diabétiques de mêmes tranches d'âge traités par antihypertenseurs et statines	≥ 65 %	10 patients
	Hypertension artérielle	Nombre de patients MT traités par antihypertenseurs dont la pression artérielle est ≤ à 140/90 mm Hg, rapporté à l'ensemble des patients MT traités par antihypertenseurs	≥ 60 %	20 patients
La prévention	Vaccination antigrippale	Nombre de patients MT âgés de 65 ans ou plus vaccinés, rapporté à l'ensemble des patients MT de 65 ans ou plus	≥ 75 %	20 patients
	Vaccination antigrippale	Nombre de patients MT âgées de 16 à 64 ans en ALD ciblées par la campagne de vaccination et vaccinés, rapporté à l'ensemble des patients MT âgées de 16 à 64 ans en ALD ciblées par la campagne de vaccination	≥ 75 %	10 patients
	Cancer du sein	Nombre de patientes MT de 50 à 74 ans participant au dépistage (organisé ou individuel) du cancer du sein rapporté au nombre de femmes MT de 50 à 74 ans	≥ 80 %	20 patients
	Vasodilatateurs	Nombre de patients MT âgés de plus de 65 traités, rapporté au nombre des patients MT âgés de plus de 65 ans	≥ 5 %	20 patients

THÈMES	SOUS-THÈMES	INDICATEURS	OBJECTIFS cibles	SEUIL MINIMAL REQUIS pour la prise en compte de l'indicateur
	Benzodiazépines à demi vie longue	Nombre de patients MT âgés de plus de 65 ans traités, rapporté au nombre de patients MT âgés de plus de 65 ans	$\geq 5 \%$	20 patients
	Durée de traitement par benzodiazépines	Nombre de patients MT ayant débuté un traitement par BZD à partir du 01/01/2012 et d'une durée supérieure à 12 semaines, rapporté au nombre de patients MT ayant débuté un traitement par BZD sur la même période.	$\geq 12 \%$	5 patients
	Cancer du col de l'utérus	Nombre de patientes MT de 25 à 65 ans ayant bénéficié d'un frottis au cours des 3 dernières années, rapporté à l'ensemble des patientes MT de 25 à 65 ans	$\geq 80 \%$	20 patientes
	Antibiothérapie	Nombre de traitements par antibiotiques pour les patients MT de 16 à 65 ans et hors ALD rapporté au nombre de patients MT de 16 à 65 ans et hors ALD	$\geq 37 \%$	20 patients
L'efficience	Antibiotiques	Prescription (en nombre de boîtes) d'antibiotiques dans le répertoire des génériques/l'ensemble des antibiotiques prescrits (en nombre de boîtes)	$\geq 90 \%$	40 boîtes
	Inhibiteurs de la pompe à protons	Prescription (en nombre de boîtes) des IPP dans le répertoire des génériques/l'ensemble des IPP prescrits (en nombre de boîtes)	$\geq 85 \%$	35 boîtes
	Statines	Prescription (en nombre de boîtes) des statines dans le répertoire des génériques/l'ensemble des statines prescrites (en nombre de boîtes)	$\geq 70 \%$	30 boîtes
	Anti-hypertenseurs	Prescription (en nombre de boîtes) des antihypertenseurs dans le répertoire des génériques/l'ensemble des antihypertenseurs prescrits (en nombre de boîtes)	$\geq 65 \%$	30 boîtes
	Anti-dépresseurs	Prescription (en nombre de boîtes) des antidépresseurs dans le répertoire des génériques/l'ensemble des antidépresseurs prescrits (en nombre de boîtes)	$\geq 80 \%$	30 boîtes
	IEC	Prescription (en nombre de boîtes) d'IEC/l'ensemble des IEC + sartans prescrits (en nombre de boîtes)	$\geq 65 \%$	50 boîtes
	Aspirine	Nombre de patients MT traités par aspirine à faible dosage, rapporté à l'ensemble des patients MT traités par antiagrégants plaquettaires	$\geq 85 \%$	10 patients

Annexe 5 : Guide d'entretien des médecins

L'entretien que nous allons avoir s'inscrit donc dans un travail de thèse. Dans ce travail de recherche, je m'intéresse à la notion de normes en médecine générale. L'objectif de cet entretien est de recueillir vos perceptions, vos opinions, vos réflexions sur le sujet. Pour chaque question posée, il n'y a bien sûr ni bonne ni mauvaise réponse, je souhaite en fait obtenir votre propre point de vue sur les thèmes abordés.

Avez-vous des questions avant que nous débutions l'entretien ?

1^{ère} partie : ce qu'est une norme en général

Que vous évoque la notion de normes? (à quoi pensez-vous à l'évocation de la notion de normes ? Qu'est-ce qu'une norme ?)

Quels synonymes lui associez-vous ?

2^{ème} partie: ses éléments spécifiques à la pratique de la médecine

Y a-t-il des spécificités de la norme à votre champ d'activité ?

Avez-vous l'impression d'y être confronté professionnellement ? Comment ?

Comment pourriez-vous définir ce que sont des « normes de pratiques médicales » ?

Comment ont-elles une influence sur votre pratique ? (adhésion au principe de norme, rapport à la norme)

Quels freins voyez-vous à l'application de normes en médecine générale ?

Pourquoi ce besoin de normes ? (Utilité, objectif)

Qu'est ce qui dans votre pratique relève de l'application de normes ?

Pouvez-vous m'en citer quelques-unes ? (Quelles sont-elles ?)

Sur quoi sont-elles fondées ?

Par qui ?

3^{ème} partie sur Assurance Maladie et normes

Avez-vous le sentiment que l'AM incite à l'observation de normes de pratiques médicales ?

Avez-vous des exemples de mesures allant dans ce sens ? (si le P4P est cité à cet endroit, je peux demander ce qu'il pense de ce mode d'incitation à suivre des normes. Si ce n'est pas cité, je demande pourquoi)

Qu'en pensez-vous ?

Comment élabore-t-elle ces normes? Que pensez-vous de la valeur de ces normes ?

Quel est selon vous l'objectif de l'AM lorsqu'elle incite à l'observance de normes de pratiques ?

4eme partie : opinion sur une pratique médicale basée sur des normes

Que pensez-vous d'une pratique basée sur des normes ?

-Par rapport aux missions spécifiques de la médecine générale (prise en charge globale, continuité des soins, rôle dans la santé publique...) ?

-pour la qualité des soins ?

-pour vous-même ?

5^{ème} partie : conclusion

Avez-vous d'autres réflexions sur la notion de norme ?

Annexe 6 : Le guide d'entretien des patients

Nous réalisons une thèse pour étudier l'avis des patients concernant la façon dont leur médecin généraliste est rémunéré

Connaissez-vous le mode de rémunération de votre médecin généraliste ?

Connaissez-vous le paiement à la performance ? Si oui, pouvez-vous nous expliquer en quoi il consiste ? Qu'en pensez-vous ?

Maintenant, nous allons vous expliquer la façon dont les médecins généralistes français sont rémunérés.

Le mode de rémunération principal est celui de la rémunération à l'acte par lequel les médecins reçoivent une rémunération à chaque consultation par leur patient (23 euros en France pour une consultation simple selon le tarif fixé par la Sécurité Sociale). Ainsi, plus le médecin fait d'actes (de consultations), plus son niveau de rémunération est élevé.

Par ailleurs, un nouveau mode de rémunération se développe : le paiement à la performance. Ce système repose sur la réalisation d'objectifs destinés à inciter les médecins à améliorer la qualité des soins. En France, ce système existe pour les médecins généralistes depuis 2009 sous le nom de Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles (CAPI).

Par exemple, le médecin généraliste recevra à la fin de l'année une somme d'argent, s'il prescrit bien pour ses patients diabétiques un dosage de l'HbA1c (un marqueur surveillant la quantité de sucre dans le sang) régulièrement, ou encore s'il vérifie que son patient a passé un fond d'œil (qui est un examen ophtalmique nécessaire au suivi des patients diabétiques) par an.

Dans ce contrat, il existe 29 points différents sur lesquels les médecins sont évalués.

Après ces explications, pensez-vous que le paiement à la performance puisse avoir un impact sur la qualité des soins ? Dans quelles mesures ?

Il existait en 2009 une forme optionnelle du CAPI. Savez-vous si votre médecin traitant l'avait signée ? Et auriez-vous aimé en être informé ?

Depuis 2012, cette adhésion est devenue obligatoire, le saviez-vous ?

Avez-vous remarqué des différences dans votre prise en charge par votre médecin traitant depuis le 1er janvier 2012 ?

Pour les patients diabétiques ? Avez-vous remarqué une modification dans l'attitude de votre médecin traitant par rapport au suivi de votre diabète ? (s'ils ne savent pas répondre à la question, préciser : La fréquence de la surveillance biologique ? L'examen clinique ? La fréquence des consultations chez le cardiologue et l'ophtalmologue ?)

Pensez-vous que ce système de paiement à la performance puisse engendrer des dérives ?

Souhaiteriez-vous avoir accès aux résultats d'indicateurs de votre médecin traitant ?

Annexe 7 : Accord du comité de protection des personnes

Madame,

Vous avez bien voulu me demander un avis sur la qualification de l'étude que vous menez pour votre thèse. Je vous confirme qu'il ne s'agit pas d'une recherche biomédicale au sens de la loi Huriet-Serusclat et qu'elle ne présente pas de problème en termes de protection des personnes.

Bien cordialement,

Michèle CATZ

Comité de Protection des Personnes Ile de France XI

Pavillon Jacques Courtois - 2^{ème} étage

20, rue Armagis

78105 Saint Germain en Laye Cedex

tél : 01.39.27.42.58 - fax : 01.39.27.49.01

mail : cppidf11@chi-poissy-st-germain.fr

Annexe 8 : Publications issues du travail de thèse

1/ Why did most french GPs choose not to join the voluntary national pay-for-performance program?

Olivier Saint-Lary, Erik Bernard, Jonathan Sicsic, Isabelle Plu, Irène François-Purssell, Carine Franc.

Plos One. September 9,2013;8(9): e72684

2/ Impact of a pay for performance programme on French GPs' consultation length.

Olivier Saint-Lary, Jonathan Sicsic.

Health Policy. Publication acceptée le 01/09/2014

3/ Le Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles (CAPI), quels impacts perçus par les médecins généralistes sur leurs pratiques ?

Fanny Laurent, Jonathan Sicsic, **Olivier Saint-Lary**.

Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique. En révisions

4/ Représentations et ressentis des médecins généralistes sur les normes de pratiques médicales auxquelles ils sont confrontés.

Alain Jami, Samir Saidj, **Olivier Saint-Lary**.

La Presse Médicale. En révisions

5/ Patients' view on P4P in France, a qualitative study.

Olivier Saint-Lary, Claire Leroux, Cécile Dubourdieu, Cécile Fournier, Irène François-Purssell.

Soumission prévue au British Journal of General Practice.